Trade Agreements, Home Care and Women's Health

Olena Hankivsky
Marina Morrow
with
Pat Armstrong, Lindsey Galvin, Holly Grinvalds

Policy Research
Recherche
en matière de politiques

Status of Women Canada
Condition féminine Canada

Canada

104-04807/

Trade Agreements, Home Care and Women's Health

Olena Hankivsky
Marina Morrow
with
Pat Armstrong, Lindsey Galvin, Holly Grinvalds

The research and publication of this study were funded by Status of Women Canada's Policy Research Fund. This document expresses the views of the authors and does not necessarily represent the official policy of Status of Women Canada or the Government of Canada.

March 2004

Status of Women Canada is committed to ensuring that all research produced through the Policy Research Fund adheres to high methodological, ethical and professional standards. Specialists in the field anonymously review each paper and provide comments on:

- the accuracy, completeness and timeliness of the information presented;
- the extent to which the methodology used and the data collected support the analysis and recommendations; and
- the original contribution the report would make to existing work on this subject, and its usefulness to equality-seeking organizations, advocacy communities, government policy makers, researchers and other target audiences.

Status of Women Canada thanks those who contribute to this peer-review process.

National Library of Canada cataloguing in publication data

Hankivsky, Olena

Trade agreements, home care and women's health

Text in English and French on inverted pages.
Title on added t.p.: Accords commerciaux, soins à domicile et santé des femmes.
Includes bibliographical references.
Issued also on the Internet.
ISBN 0-662-67952-0
No de cat. SW21-109/2004

1. Home care services – Government policy – Canada.
2. Women – Health and hygiene – Social aspects – Canada.
3. Canada – Commercial treaties – Social aspects.
4. Medical policy – Canada.
5. Sexual division of labour – Canada.
I. Morrow, Marina Helen, 1963-
II. Canada. Status of Women Canada.

RA645.37C3H36 2004 362.14'0871 C2004-980032-9E

Project Manager: Vesna Radulovic, Status of Women Canada
Publishing Co-ordinator: Cathy Hallessey, Status of Women Canada
Editing and Layout: PMF Editorial Services Inc. / PMF Services de rédaction inc.
Translation: Jeannot Trudel
Comparative Read: Christiane Ryan
Translation Co-ordinator: Monique Lefebvre, Status of Women Canada
Translation Quality Control: France Boissonneault

For more information contact:
Research Directorate
Status of Women Canada
123 Slater Street, 10th Floor
Ottawa, Ontario K1P 1H9
Telephone: (613) 995-7835
Facsimile: (613) 957-3359
TDD: (613) 996-1322
E-mail: research@swc-cfc.gc.ca

This document is also available for download on the Status of Women Canada Web site <http://www.swc-cfc.gc.ca/>.

ABSTRACT

This report seeks to further the understanding of the consequences of trade liberalization for Canadian women in the specific health sector of home care. The report identifies health relevant trade agreements and the sections that have implications for the Canadian health care system. Aspects of the agreements that have particular significance for women's health, women's labour in the health care sector and women's equality are examined. The preliminary analysis reveals the unequal ways in which the provision of, and access to, health promoting public services may be affected by international trade agreements. Specifically, by examining the home care sector as a case study, the report identifies the very concrete and harmful ways in which women may experience changes in the health care system that result directly or indirectly from trade agreements. The report ends with a series of recommendations for how trade policy can be approached and how a comprehensive gender-based analysis can be conducted for existing and future trade policy agreements.

TABLE OF CONTENTS

LIST OF TABLES iii

ACRONYMS AND ABBREVIATIONS iv

PREFACE vi

EXECUTIVE SUMMARY vii

1. INTRODUCTION 1
   Background 2

2. METHODS 6
   Literature Review 6
   Key Informant Interviews 7
   Gender-Based Analysis of Trade Agreements 8

3. TRADE, HEALTH, POLICY AND GENDER 10
   Health Care, Policy and Women 10
   Home Care in Canada 12
   Funding and Delivery 13
   The Impact of Health Care Restructuring on Women in the Home Care Sector 13
   Costs of Home Care 14
   Privatization 15
   The Health Care System: Internal Policies and External Pressures 16
   Canada and Trade in Services 20
   NAFTA and GATS 21
   Feminist Responses 26
   Engendering Trade Agreement Analysis: Social Impact and Gender-Based Analysis 28

4. THE HOME CARE/TRADE INTERFACE 31
   Home Care in Ontario 31
   Home Care in British Columbia 34
   Analysis 38
   Conclusion 60

5. RECOMMENDATIONS 62
   Policy Actors 62
   Policy Process 63
   Policy Context 64
   Policy Content 65
   Next Steps: An Agenda for Research 66
   Conclusion 68

APPENDIXES
A: Trade Agreements and Women's Health: Selected Annotations 69
B: Key Informant Interviews 112
C: Trade Agreements Table 115
D: TRIPS, SPS and TBT (WTO Agreements) and the FTAA:
Their Implications for Women 121
E: Description of Key International Organizations and Trade Bodies 129
F: The GATS Modes: Their Implications for Women 133

REFERENCES 137

ENDNOTES 154

LIST OF TABLES

1 Trade Agreements and Health 19
2 WTO Members' Commitments on Medical, Hospital and Other Health Services, and on Health Insurance 25
3 Comparisons Between Home Care Programs in Ontario and British Columbia 38
4 Formal Home Care Labour Force, Ontario and British Columbia 39

ACRONYMS AND ABBREVIATIONS

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AIT	Agreement on Internal Trade
APEC	Asia-Pacific Economic Co-operation
CAP	Canada Assistance Plan
CARP	Canadian Association of Retired Persons
CCAC	Community Care Access Centre
CCJS	Canadian Centre for Justice Statistics
CCPA	Canadian Centre for Policy Alternatives
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women
CHCA	Canadian Home Care Association
CHST	Canada Health and Social Transfer
CHT	Canada Health Transfer
CIHI	Canadian Institute for Health Information
CLHIA	Canadian Life and Health Insurance Association
CRO	Contract research organization
CST	Canada Social Transfer
DAW	Division for the Advancement of Women (UN)
DFAIT	Department of Foreign Affairs and International Trade
EI	Employment Insurance
EPF	Established Programs Financing
FTAA	Free Trade Area of the Americas
GATS	General Agreement on Trade in Services
GATT	General Agreement on Tariffs and Trade
GBA	Gender-based analysis
GDP	Gross domestic product
HMO	Health maintenance organization
IGTN	International Gender and Trade Network
ILO	International Labour Organization
IMF	International Monetary Fund
IRPP	Institute for Research on Public Policy
LPN	Licensed practical nurse
NAFTA	North American Free Trade Agreement
NGO	Non-governmental organization
OACCAC	Ontario Association of Community Care Access Centres
OCSA	Ontario Community Support Association
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
OHC	Ontario Health Coalition
OHHCPA	Ontario Home Health Care Providers' Association
PSIA	Poverty and social impact analysis
PSW	Personal support worker
RN	Registered nurse
RNAO	Registered Nurses Association of Ontario

RPN	Registered practical nurse
SAGIT	Sectoral Advisory Groups on International Trade
SAP	Structural adjustment program
SCFAIT	Standing Committee on Foreign Affairs and International Trade
SIA	Social impact analysis
SPS	Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures
SUFA	Social Union Framework Agreement
TBT	Agreement on Technical Barriers to Trade
TRIPS	Agreement on Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights
UNDP	United Nations Development Programme
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNIFEM	United Nations Development Fund for Women
WHO	World Health Organization
WTO	World Trade Organization

PREFACE

Good public policy depends on good policy research. In recognition of this, Status of Women Canada instituted the Policy Research Fund in 1996. It supports independent policy research on issues linked to the public policy agenda and in need of gender-based analysis. Our objective is to enhance public debate on gender equality issues in order to enable individuals, organizations, policy makers and policy analysts to participate more effectively in the development of policy.

The focus of the research may be on long-term, emerging policy issues or short-term, urgent policy issues that require an analysis of their gender implications. Funding is awarded through an open, competitive call for proposals. A non-governmental, external committee plays a key role in identifying policy research priorities, selecting research proposals for funding and evaluating the final reports.

This policy research paper was proposed and developed under a call for proposals in August 2001, entitled *Trade Agreements and Women*. Research projects funded by Status of Women Canada on this theme examine issues, such as gender implications of Canada's commitments on labour mobility in trade agreements; the effect of trade agreements on the provision of health care in Canada; the social, economic, cultural and environmental impacts of free trade agreements on Canadian Aboriginal women; building Canadian models of integrating gender perspective into trade agreements; the repercussions of the trade agreements on the proactive employment equity measures for women that are applicable to private-sector employers in Canada; and the effects of trade agreements on women with disabilities.

A complete list of the research projects funded under this call for proposals is included at the end of this report.

We thank all the researchers for their contribution to the public policy debate.

EXECUTIVE SUMMARY

To date, there has been no gendered analysis of how existing home care policies, and funding and delivery models of home care, interface with trade agreements. Nor has there been adequate attention paid to the constraints these agreements may pose for future reform in our health system and what this will mean for Canadian women in terms of accessibility, affordability, unpaid caregiving responsibilities and employment standards within the home care sector.

This preliminary study underscores the need for a comprehensive gender-based analysis that would provide the evidence for determining the actual impacts of trade agreements on women's health and health care labour. Such knowledge is essential for Canada to retain adequate autonomy to formulate and implement health policies that are congruent with its commitments to social justice and, in particular, gender equity.

The report begins with an explanation of the methods used in the research. We then provide an overview of the Canadian health care system, with a particular focus on home care. We trace important trends and policy changes and outline trade agreements most relevant for health, particularly focussing on the North American Free Trade Agreement (NAFTA) and the General Agreement on Trade in Services (GATS). We examine the meaning of NAFTA and GATS for Canada's publicly funded health care system and, in turn, for Canadian women. We review Canadian feminist responses to the threats trade agreements pose to public services and discuss the relevance of gender-based analysis (GBA) for understanding the implications of trade agreements for women.

Using GBA, we outline the current threats and potential constraints of these agreements for future home care reform. This analysis is not meant to make definitive predictions. Instead, it raises a number of possible impacts that international agreements may have for Canada's health care system, which can be used to inform the process of reconciling public policies and programs with trade liberalization. We offer some preliminary conclusions and recommendations, including the need for future research to monitor and evaluate fully the implications of trade agreements, their influence on policy-making autonomy, interaction with international conventions and the resultant gendered effects across the Canadian population. In this way, we hope to demonstrate not only the need for a fully integrated GBA but to show how it can be a catalyst for change in trade policy.

Recently, in a detailed synthesis of 10 years of public opinion data, Canadians were found to temper their support for trade liberalization with concerns about damages to social conditions (Mendelsohn 2002). An integral part of the recommendations put forward in this report is that economic globalization, dominated currently by the interests of transnational corporations and economics, needs to be expanded to include a similar concern for human rights, equity and social justice.

1. INTRODUCTION

Economic globalization is characterized by the "rapid integration of the world into one economic space through the internationalization of goods, capital and money markets" (Bergeron 2001: 983). In this climate, governments are pressured by trade bodies and multinational corporations to maximize exports, curtail state economic regulation, reorganize national economies and reduce social spending (Brodie 1995). Economic globalization, which now includes trade in services,[1] covers areas such as health care, education and social services. These services once thought to be outside the parameters of "trade" and within the jurisdiction of national states are now being commodified to open up new markets for economic growth. In general, there is a disjuncture between economic globalization and the ability of countries to set their own health policies including their ability to protect and promote health (Woodward et al. 2001). Trends associated with economic globalization are often seen as having adverse impacts on poverty and human health, in particular, worsening the equity and health status of women (Coburn 2000).

The interface between trade liberalization and health services is of particular importance in the Canadian context. Canada's system is rooted in an ethical commitment to provide health care on the basis of need rather than the ability to pay. It has also been an equalizing force in the lives of Canadian women (CCPA 2002; Statistics Canada 2000a). At the same time, for almost 10 years, the Canadian health care system has undergone a series of changes and reforms, which have included increased experimentation with privatization. What exists is a largely public not-for-profit health care system, albeit with a growing public–private mix, that cannot be adequately protected from further commercialization under the terms of trade agreements such as the North American Free Trade Agreement (NAFTA) and the General Agreement on Trade in Services (GATS). Consequently, there are growing concerns about the future of the Canadian health care system in the context of economic globalization.

This report seeks to further the understanding of the consequences of trade liberalization for Canadian women in the specific health sector of home care. Home care has been identified as one of the health care service areas that is most vulnerable to NAFTA and GATS (Epps and Flood 2003; Ostry 2001; Sanger 2001). This study illuminates the distinction between how trade agreements affect health services explicitly covered under the *Canada Health Act* and those like home care that are outside the provisions of the Act. Moreover, because most formal and informal caregivers are women, any changes within the home care sector are particularly significant for them.

Our main argument is that sustaining current services or expanding the Canadian public health care system to include home care has become more challenging under the terms of trade agreements, and these policy constraints have the potential to affect women differentially. These are particularly salient issues given the proposed reforms to the home care system recommended by the Romanow Commission (Romanow 2002) and the changes agreed to by the federal government and the provinces in the 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal.

The analysis presented in this report reveals the ways in which the provision of, and access to, home care services may be affected by international trade agreements. For-profit models are increasingly being used in the delivery of home care services. Privatization makes home care more vulnerable to the terms of trade agreements. At the same time, trade agreements commit governments to further privatization of health care services. As one of our key respondents noted:

> *Free trade agreements [are like] a ratchet — you only liberalize; you never bring things back into the public sector* (Key informant interview, 2003).

Significantly, for-profit delivery of home care has been shown to be more expensive, to undermine standards, quality, public accountability and patient well-being (Armstrong 1999; Aronson and Neysmith 2001; Browne 2000).

By using a gender-based analysis, the report also identifies the very concrete and harmful ways in which women may experience changes in the health care system that result directly or indirectly from trade agreements. Privatization is of particular concern to women. Women are disproportionately poorer than men (Morris 2002) and are less likely to have the means to access private health care. Moreover, because most caregivers and recipients are women, the home care–trade interface has the potential to affect disproportionately a diversity of women including care recipients, informal/formal caregivers and other home care related health workers — many of whom are women of colour, Aboriginal and immigrant women.

Trade agreements now cover almost every conceivable area of policy, making it more difficult for governments to control decisions affecting the social determinants of health. For instance, adherence to trade agreements may contribute to increased poverty, the degradation of environmental, labour and health protection standards — all of which negatively influence women's health. Finally, the research in this report demonstrates the need to better understand trade agreements and their gendered implications. This preliminary analysis underscores the need for a comprehensive gender-based analysis that would provide the evidence base for determining the actual impacts of trade agreements on women's health.

Background

In the last few years, Canadians have vigorously debated health policy reform. In the area of home care, there have been numerous calls to establish a national publicly funded home care program based on the principles of the *Canada Health Act*. Such a program would ensure access to co-ordinated, appropriate, publicly accountable and culturally sensitive services (National Forum on Health 1997; National Think Tank 2001; Roeher Institute 2000). Recently, the Romanow Commission (2002) proposed expanding the principle of comprehensiveness of the *Canada Health Act* to include targeted home care services (e.g., home mental health case management and intervention services, post-acute home care and rehabilitative care, and palliative care).

Most important in terms of home care reform, in February 2003, the First Ministers' Accord on Health Care Renewal precipitated a five-year, $16 billion Health Reform Fund for

provinces and territories to target primary health care, home care and catastrophic drug coverage. This fund will provide coverage for short-term acute home care, including acute community mental health and end-of-life care. Access to these services will be based on assessed need and by 2006, available services could include nursing/professional services, pharmaceuticals and medical equipment/supplies, support for essential personal care needs, and assessment of client needs and case management.

The Government of Canada has also introduced a six-week compassionate care benefit. Available through the Employment Insurance (EI) program and job protection through the *Canada Labour Code*, this benefit is available for those who need to leave their job temporarily to care for a gravely ill or dying child, parent or spouse. While a positive development, this particular type of leave only benefits caregivers employed at levels that make them eligible for EI. Many caregivers, most of whom are women, work on a part-time basis or do not work at all, because of the demands that caregiving places on their time.

With a few exceptions, most notably the Romanow Commission, policy recommendations and reforms in home care have not been fully cognizant of international trade agreements. Indeed, trade agreements have not always been front and centre in general debates over health reform. As evidenced by the numerous studies and provincial and federal commissions, the future of our health system has been widely debated in the last few years.[2] Discussions have focussed on whether to maintain our public system or to open it up to privatization. Deliberations have also included an examination of the growing tensions in federal/provincial/territorial relations in health policy decision making. Although many researchers have tracked the changes resulting from the introduction of trade agreements, until recently the actual policy constraints that international trade treaties may present for reforming or even maintaining the Canadian health care system have not been carefully examined.

Many politicians, health researchers and policy makers — let alone the general public — are not well informed about trade policy or, for instance, Canada's commitments in terms of GATS or what is going on in the current Doha round of World Trade Organization (WTO) negotiations. Defining trade in broad terms to include trade in services like health care (including the movement of people who provide or wish to obtain these services) reaches well beyond the usual scope of trade liberalization that has focussed on removing tariff barriers for the movement of goods. The increased emphasis on removing non-tariff barriers to trade (e.g., laws, regulations, licensing standards, qualifications, etc.) has serious health policy implications. This is especially the case for women who make up the majority of the health care labour force and are the majority of health care recipients.

Nevertheless, discussions about the health impacts of trade agreements are increasing. To date, there are differing perspectives on their meaning for health policy making. The federal government has maintained that all health services are protected from trade agreements. Indeed, there are those who maintain that the Canadian public health care system is largely shielded from agreements like NAFTA and GATS. They maintain that this will only change if there is an expansion of the system's public component into new areas that adversely affect private economic interests (e.g., Johnson 2002). Others, recognizing the conflicting

values of international treaties and the health care system, have called for integrated approaches that reflect trade concerns while respecting the health care priorities of governments (e.g., Ouellet 2002). Still others have called for fundamental changes to Canada's trade policy and treaty obligations to secure medicare for the future (e.g., CCPA 2002).

What is missing from many of these discussions is a systematic and comprehensive gender-based analysis. There has been little recognition within governments that globalization and trade agreements are women's issues even though they are implemented within the context of existing social inequalities, both nationally and internationally. Some key features of globalization, as they relate to the health care system, have gender, race, ethnicity and class-differentiated effects, with specific impacts on women (White 2001, Armstrong et al. 2001). Numerous studies have called for assessments of the impact of trade agreements on women, and some researchers have begun to develop frameworks for gender and social impact analyses (e.g., Cornia et al. 1987, Gittinger 1985, White 2002b). Despite this, the methodology for developing and conducting such impact studies is still under-theorized and underdeveloped. To date, the federal government has not conducted any studies that would track and evaluate how trade agreements might differentially affect men and women. And, no large-scale studies of this nature have ever been done in Canada or elsewhere.

In 1999, Health Canada (International Affairs Directorate) began to work closely with the Department of Foreign Affairs and International Trade (DFAIT) on trade issues and health. Their partnership has been singled out by the World Health Organization (WHO) and World Trade Organization as a model for policy co-ordination between trade and health to achieve national goals (WHO and WTO 2002). Even though the goal of this collaboration is to ensure that trade negotiating positions reflect domestic policy priorities and objectives (WHO and WTO 2002: 142), a gender-based analysis does not inform these consultations and resultant decisions. Women's organizations and feminist scholars who have been at the forefront of developing frameworks for gender-based analyses have not been key players in trade policy-making processes. Status of Women Canada is the main federal agency promoting women's equality and "is not seen as an important voice within trade negotiations" (Hassanali 2000: 10).

And yet, it is well established that sex and gender-based differences lead to distinct needs and interactions vis-à-vis the health care system. For example, women constitute 80 percent of primary health care givers in both the formal and informal sectors, women use the health care system more than men, and women are overly representative among the poor (Greaves et al. 1999). In 1997, almost 5.2 million people in Canada lived in low-income circumstances, 54.5 percent of them were female (Statistics Canada 2000a). Twenty percent of low-income women are mothers heading lone-parent families, 56 percent of which are below the poverty line (Townson 2000).

Women, especially racialized women, are more highly concentrated in low-paying jobs that do not offer additional health benefits. Any change that alters access to health care services, particularly home care, is especially significant for Canadian women. Beyond the specifics of health care, trade agreements also have an indirect impact on the health of women through

their influence in areas, such as education, social services, employment, the environment and culture.

These are compelling reasons for examining the gendered health effects of trade agreements. Moreover, the Canadian government has formally committed to gender equity in a range of national laws, policies, and international agreements and conventions. The commitment is constitutionally entrenched in the *Canadian Charter of Rights and Freedoms* (1982). Three sections of the Charter — sections 15 (Equality Rights), 27 (Multicultural Heritage) and 28 (Rights Guaranteed Equally to Both Sexes) outline the basis for all Canadians to be treated equally.

In addition to the Charter, in 1995, the federal government adopted a policy of gender-based analysis (GBA) in *Setting the Stage for the Next Century: Federal Plan for Gender Equality* (SWC 1995). It states that all subsequent legislation and policies will include an analysis of the potential for different impacts on men and women. This would necessitate the inclusion of all trade agreements from 1995 onward. Canada is also a signatory to a number of international agreements. Key conventions for women's rights and equality include the *Beijing Declaration and Platform for Action* (1995), the *International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights* (1966) and the *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women* (CEDAW) (1979).

Despite the clear commitment to gender equity, there has been little progress in terms of understanding the potential and real impacts of trade liberalization for Canadian women.

2. METHODS

> *Showing how trade agreements can impinge on areas of health domestically alerts us to their potential problems* (Joseph Stiglitz interview, 2003).

This study involved a comprehensive literature review on globalization, trade agreements, gender and health, interviews with Canadian and international experts, and specialists in globalization, trade agreements, health policy, women's health and home care. To supplement the analysis, information was gathered from provincial ministries of health in Ontario and British Columbia and, in the case of British Columbia, from one of the regional health authorities on the number of private insurance companies operating in home care. Unions representing home care workers were contacted to get demographic information about the home care workforce.

Literature Review

We reviewed literature related to liberalization of trade in services and the implications for Canadian health policy and health service delivery. This included legal and other expert opinion pieces, for example, on how NAFTA and GATS may or may not constrain Canadian health policy development and undermine a health care system that is of high quality and universally accessible (e.g., Epps and Flood 2003; Gould 2002; Johnson 2002; Sanger 2001; Sinclair and Grieshaber-Otto 2002). Literature that describes shifts in Canadian social policy over the past 15 years was used to contextualize the debates taking place in the health care sector. For example, we examined discussions about provincial/territorial jurisdiction over federal transfers and the degree to which national standards should be applied to the delivery of social services (e.g., Romanow 2002). Feminist and other social justice literature that critically appraises the implications of the Canadian government's focus on debt and deficit reduction at the expense of social programs was also reviewed (e.g., Brodsky and Day 1998; Clarkson 2002; Wiseman 1996).

The growing debate about the role of privatization in the health care sector was examined with specific attention to literature on the effects of privatization for women (e.g., Armstrong et al. 2002; Fuller 1998). To this end, comparative pieces that examine the differences in health outcomes in public vs private hospitals, clinics, long-term care institutions and home care settings were also reviewed (e.g., Harrington et al. 2001; Himmelstein et al. 1999). Research that focusses on home care funding and delivery in Canada and on the issues faced both by women workers and care recipients was investigated (e.g., Armstrong et al. 2001; Cohen 2001; Fuller 2001).

International literature on trade agreements and health policy was looked at with a focus on analysts who are concerned about the effects of international trade on women (e.g., Spieldoch 2001; White 2002a). To this end, GBA and social impact analysis (SIA) tools were reviewed for their efficacy and relevance to the health care sector (e.g., World Bank 2002; White 2002b).

The literature review informed our overall analysis, and selected references have been developed into an annotated bibliography found in Appendix A.

Key Informant Interviews

Twenty-seven key informant interviews were conducted in Canada, the United States and Europe, and included experts and specialists in trade agreements, health policy, law, home care, globalization and civil society, women and health care, and gender-based analysis. Face-to-face interviews were conducted with a number of key international informants, including an official from the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) in Paris France, a policy analyst at UNIFEM (United Nations Development Fund for Women) in New York, and a meeting with the director of the Initiative for Policy Dialogue at Columbia University. An informal discussion with German academics working on gender and globalization was held at the University of Mainz, Germany. Academic researchers were also interviewed in Toronto, and discussions were held with members of The Council of Canadians in Ottawa. Additionally, several research associates from the Canadian Centre for Policy Alternatives in Ottawa and Charlottetown were interviewed in person.

Other key informants from international organizations were interviewed by phone, for example, a health specialist from the WTO and officials from the WHO in Geneva, Switzerland, and women and trade specialists with the International Gender and Trade Network (IGTN) and Women's Edge in Washington, DC. Additionally, gender and trade experts in the United Kingdom were interviewed. Joseph Stiglitz, the founder of the Initiative for Policy Dialogue at Columbia University in New York was also a key informant for the study. Further, Canadian experts and Canadian trade and health policy officials at Health Canada and the Department of Foreign Affairs and International Trade were consulted.

Interview participants were recruited through consultation among the research team members and in discussion with the National Co-ordinating Committee on Women and Health Care Reform. The University of British Columbia's ethics review committee approved the research protocol. In most cases, the interviews were audio-taped although in the case of telephone interviews notes were taken. The interviews were then analyzed and summarized for use with the other data. A list of interview participants can be found in Appendix B.

In addition to the interviews, several important conferences and forums focussing on Canadian health care policy and trade liberalization were held during the course of our research. Along with other academics we participated in a presentation, Globalization and Canada's Health Care System, to the Commission on the Future of Health Care in Canada in Vancouver, on September 19, 2002. Additionally, we attended a conference sponsored by The Council of Canadians, the Canadian Centre for Policy Alternatives and the Canadian Union for Public Employees, Prescription for Change: Securing the Future of Public Health Care, held in Ottawa on February 3, 2003. An informal presentation on the progress of the

work was presented to the National Co-ordinating Committee on Women and Health Care Reform in November 2002. We also participated with this group in the review of the Romanow Commission report by analyzing the sections pertaining to globalization, federalism and citizenship.

Gender-Based Analysis of Trade Agreements

Beginning with the assumption that policies have the potential to be differentially experienced by women, our study employed a GBA analysis. "Gender-based analysis (GBA) is a method of evaluation and interpretation which takes into account social and economic differences between women and men, whether applied to policy and program development, or general life activities such as, work/family roles" (Health Canada 2002: 1).

GBA must be applied at each stage of the policy process. In this way, it focusses on actual impacts supported by empirical evidence as well as the examination of the potential differential impact of policies on women and men.

There are two complicating factors in applying GBA to trade agreements. First, there are inadequate methodologies and tools for measuring the effects of trade agreements on women. It is also difficult to distinguish between the gendered effects of pre-existing national policy trajectories and trade policy. As one of our gender and trade experts cautioned:

> *Can you link effects with trade? Can you make the connection? What are the pre-existing social factors? What is the regulatory environment? You need to be clear about what the current environment and how trade agreements impact or will impact on each pre-existing variable* (2003).

The challenge of such research is confounded by the fact that most trade agreements are still under negotiation and development.

Notwithstanding these constraints, we chose to use GBA to begin the process of understanding the potential effects of trade agreements on women. We used the following questions to consider the actual and potential gendered dimensions of NAFTA and GATS for women's health and for women workers in the home care sector.

- What are the health and gender-relevant aspects of the trade agreement?[3] Which aspects are relevant to the home care sector specifically?
- What are the gender-relevant aspects of implementation or enforcement of the trade agreement with respect to the home care sector?
- What might the effects be on women's health and women's labour in the home care sector and on women's equality?

Ellen Gould, an internationally recognized expert on trade and health services, and Dr. Marjorie Cohen, Professor of Political Science and Women's Studies at Simon Fraser

University, reviewed our analysis of trade agreements while Georgia Livadiotakis, Policy Analyst Home Care and Continuing Care, Health Canada reviewed our analysis of home care.

Additionally, we applied the above three questions to other trade agreements that were more broadly relevant across the health care sector: the Agreement on Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS), the Agreement on Technical Barriers to Trade (TBT), the Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures (SPS) and the newly formed Free Trade Area of the Americas (FTAA) which has not yet resulted in a specific agreement.[4]

3. TRADE AGREEMENTS, HEALTH, POLICY AND GENDER

In this chapter we provide an overview of the Canadian health care system and background material on the funding and delivery of home care. Important trends and policy decisions affecting the health sector are discussed. We identify the trade agreements most relevant to health services and the sections that we believe are of the most significance for women. Our analysis suggests that increased privatization in the Canadian health care system is opening up the health sector to the rules of international trade agreements. This trend has the potential to undermine Canada's publicly funded health care system and the ability of the Canadian government to pursue health reforms of benefit to women. We conclude with an overview of feminist responses to trade liberalization and make the point that the health–trade interface has been underexamined.

Next, we critically discuss tools that have been developed to analyze and assess the effects of trade agreements on populations. Specifically, we look at social impact analysis and gender-based analysis. We argue that although SIA is an important tool for examining the unequal distributional effects of trade agreements on populations, it has not sufficiently integrated an analysis of gender and the broader social and power relations that form the context in which trade policies operate (Cagatay 2001). Gender-based analysis, on the other hand, has not always adequately captured social inequities based on factors other than gender (e.g., race and class). GBA however, provides an important analytic lens through which to flag critical issues for women, and we argue that it can help inform larger gendered social impact studies. A gender-based analysis of actual and potential effects of trade agreements on the home care sector, an area of particular significance to women, is presented in Chapter 4.

Health Care, Policy and Women

Canada is credited with having one of the best health care systems in the world. The system operates, for the most part, as a public payment, private provision, on a not-for-profit delivery basis. According to the Constitution of Canada, provinces are charged with the responsibility of health care delivery. The federal government has always contributed financially to the system, and through Health Canada is responsible for Aboriginal health care services in Canada. However, the nature of this contribution changed fundamentally with the introduction of hospital insurance and then medical insurance, brought together in the *Canada Health Act*. In 2000–2001, total health expenditures in Canada were $97.6 billion (Health Canada 2002). There are areas where the privatization of health payments is occurring and where public funds are covering privately provided services. These include private insurance that covers many areas not publicly insured (e.g., pharmaceuticals), public funds that cover some for-profit health care services (e.g., for Canadians who travel to the United States for cancer treatments) and private payments by individuals for services not publicly or privately insured. Our tax system minimally offsets costs for individuals who incur large private health expenses. Additionally, private–public partnerships are taking place, involving, for example, hospital construction and support services.

Canadian Institute for Health Information (CIHI) data suggest that the public share of health care spending amounted to 71 percent in 2000 (mostly hospital care and physician services) with private sector spending accounting for 29 percent (mostly those areas not under the *Canada Health Act* — drugs, dental, vision care and home care) (Kirby 2001b). OECD (1999) data show that Canada spends 9.2 percent of gross domestic product (GDP) on health. (The United States is at about 13.9 percent and the European Union is at 8.0 percent.)

It should also be noted that the Canadian health system relies on a great deal of philanthropy, voluntarism and informal care, especially in the hospital sector. Most of the individuals providing this kind of care are women (Armstrong et al. 2001). Over 95 percent of hospitals operate as private, non-profit entities (run by community boards, volunteer organizations, municipalities or regional health authorities). Doctors and specialists negotiate a fixed payment scheme with provincial governments through their professional associations.

The legal framework for the delivery of health is found in the *Canada Health Act*, which is governed by principles to ensure a universal, public, accessible, portable and equitable system. The *Canada Health Act* covers two kinds of health services:

- *insured health care services* — medically necessary hospital services, physician services and surgical-dental services; and
- *extended health care services* — certain aspects of long-term residential care (nursing home intermediate care and adult residential care services), and the health aspects of home care and ambulatory care services.

An analysis of women's roles, both as workers in the health care system and as health care recipients, reveals that women are the majority of the recipients of health care. They often use different services and are, in many instances, responsible for the health of their families, especially of children and elderly parents (Armstrong et al. 2001). In terms of health issues, women have higher morbidity rates and outnumber men as they age; currently three quarters of the institutionalized elderly are women (Armstrong et al. 2001). Social circumstances, which are key determinants of health, often differentially impact on women. For example, women experience higher rates of physical and sexual violence than men (CCJS 1993). Women, especially Aboriginal women, single mothers, women with disabilities and elderly women are disproportionately poorer than men (Morris 2000). Few studies have been done on racialized women in the health care sector. It can be assumed, however, that these women face additional challenges associated with their general concentration in lower-paying health sector jobs and their experiences of racism.

With respect to their roles in the health care system, women are highly concentrated in the nursing professions and in lower paying positions, such as health care support services. Health care support workers are the ones who feel government cutbacks first and hardest, and are underrepresented in decision-making positions within the health care system (Cohen 2001). Indeed, restructuring and downsizing has resulted in job losses, especially in the areas that involve the invisible caring and cleaning skills women learn at home. Perhaps the most dramatic gender difference is that women provide 80 percent of all paid and unpaid

primary health care services (Armstrong et al. 2001). Women's unpaid and informal labour in the health care system is increasing and is directly a result of cutbacks to hospitals, which result in more people being cared for in community-based settings or privately in their homes (Armstrong et al. 2001).

At the highest level of policy decision making, the unique needs of women in relation to the health care system and health research have been acknowledged. For example, in 1999, Health Canada introduced a Women's Health Strategy, a framework to guide Health Canada to integrate gender-based analysis into health policies and programs. Generally, Health Canada is responsible for leading the direction of health policy in Canada. It works in the areas of disease prevention, health regulation and healthy living. The Women's Health Strategy, along with the establishment of the Institute for Gender and Health within the newly formed Canadian Institutes of Health Research, can be seen as the culmination of efforts by the women's health movement in Canada and the growing recognition that gender equity is a pressing policy goal. Despite this, a gender-based analysis remains absent in many national health policy forums.

Home Care in Canada

Home care in Canada can be defined as "an array of services enabling Canadians, incapacitated in whole or in part, to live at home, often with the effect of preventing, delaying, or substituting for long-term care or acute care alternatives" (Health and Welfare 1990: 2). The range of services includes both health and other social supports that are intended to allow clients, their families/friends and others to cope with both acute and long-term care needs, including palliative care within a community or home setting. Within these settings, there are two principal forms of care: informal and formal. Informal care is unpaid care provided by family and "significant others." Formal care complements informal care and is provided by paid workers.

Home care includes the professional care of nurses, social workers and physiotherapists and the personal care (assistance with the activities of daily living) and home support (assistance with instrumental activities of daily living) provided by workers. Home care also includes palliative care, day programs, self-managed care options and organized volunteer services (e.g., meals on wheels, transportation, other volunteer services).

The specific functions of home care are threefold (Health Canada 1990):

- maintenance and prevention that allows persons with health and/or functional deficits to remain in a home setting, live independently and avoid further health deterioration that would require institutionalization;
- long-term care in which home care replaces care that would otherwise be received within an institution; and
- acute care that meets the needs of persons who would otherwise be placed in an acute care facility.

Home care is the fastest growing segment of health care in Canada (CHCA 2002). Over the last decade, there has been a steady trend toward hospital closures and other institutions providing care, shorter hospital stays and, in general, sending patients home "quicker and sicker." The result has been deinstutionalization — a move to community-based care. At the same time, however, only five percent of the total public health budget is expended on home care (Coyte 2000). In the 1998–99 fiscal year, Canadian governments spent just under $3 billion on home care (CIHI 2002).

Funding and Delivery

Funding for home care has traditionally come from both federal and provincial/territorial governments. The federal government, through the Canada Health and Social Transfer (CHST) established in 1996, contributes funding to the provinces for long-term community care and home care. Previously, such funding was provided under the Canada Assistance Plan (CAP) for social supports and under the Established Programs Financing (EPF) arrangements for extended home care services. Although not explicitly covered under the *Canada Health Act*,[5] each province and territory provides some form of a publicly funded home care program. There are two exceptions. The federal government does provide direct home care services to clients with wartime or special duty area service through Veterans Affairs Canada (Home Independence Program) when such service is not available provincially or territorially. Indian and Northern Affairs Canada offers limited programs for on-reserve First Nations (Adult Care Program and Homemaking Services). The First Nations and Inuit Home Care Program is funded by Health Canada.

Because of home care's exclusion from the *Canada Health Act*, there are different standards, eligibility requirements, administrative mechanisms and costs in each province and territory (Morris 2001). Home care legislation varies, and there is no minimum definition of "comprehensiveness" when it comes to the variety of health and social services that fall under home care, such as needs assessments, case management, professional care, personal care, home support, caregiver support such as respite and advice, organized volunteer services, medical supplies/equipment, day programs, self-managed care options and access to subsidized prescription drugs. Each province and territory provides a different "bundle" of such services. What is consistent, however, is that services are being stretched to their limits, waiting lists are growing and eligibility requirements for services are becoming more restrictive. And because the *Canada Health Act* does not cover home care, provinces have immense power to change policies to reduce funding, increase user fees, restrict eligibility and reconfigure delivery structures.

The Impact of Health Care Restructuring on Women in the Home Care Sector

It was recently reported that there are "at least 663 agencies providing home care services in Canada, with 93% receiving some form of government funding and 50% receiving only government funding" (Health Canada 1999b: 1). Home care workers include a range of professional, paraprofessional, casual, full-time, unionized and non-unionized workers. Ninety-five percent of paid home care workers are women (Lowry 2002). Homemakers,

home health aides, and personal care attendants provide between 70 and 80 percent of home care services. The remainder includes nurses, case managers, physiotherapists, occupational therapists, social workers and respiratory therapists (National Steering Committee 2002). Little is known about the other demographic characteristics of home care workers. For example, no Canadian data are available that would illustrate the composition of this labour force by race and ethnicity.

Formal Home Care Workers

The restructuring of the health care system has affected paid providers of home care services. Hospital bed closures and reduced community supports mean more pressures on home care workers, who have reported "an increase in the number of home care clients with higher acuity levels and complex care needs" (CHCA 2002: 10). Workers are thus undertaking more complex medical care tasks than ever before. Issues of recruitment and retention, wages, working conditions and training/education have also been raised (CHCA 2002). For example, there is a shortage of home care workers, high turnovers and shortcomings in remuneration. When compared to institutional workers performing the same tasks, workers employed by home care agencies have lower wages. At the same time, their workload is often higher.

Informal Home Care Workers

Within this policy milieu, there has been growing pressure on family and friends to provide unpaid care to persons with functional limitations, acute or terminal illness, or who are in post-operative recovery. There is an expectation that a private pool of labourers exists who will provide care outside the public sphere. Indeed, the overwhelming amount of caregiving in Canada and elsewhere is provided in the realm of private households by informal caregivers (Lyons and Zarit 1999). In fact, between 85 and 90 percent of all care is provided informally (Cranswick 1997; Denton 1997). Informal caregivers are predominantly family members although friends, neighbours and volunteers also do a considerable amount of caring work.[6]

More often, informal caregivers — regardless of class, race, culture, age, martial status or sexual orientation — are women. Many caregivers are also providing care for more than two generations (e.g., elderly parents and their own immediate families). There is little recognition of this gender disparity in caring responsibilities in current social policies. Nor is there much recognition that most women doing informal care work also maintain jobs in the paid work force. Despite the contribution of women's work to home care, gender considerations have been marginal in both policy and research (Morris 2001).

Costs of Home Care

Fast and Frederick (1999) estimated the replacement value of the work performed by informal caregivers in Canada as exceeding $5 billion annually. Health Canada provided slightly lower estimates for the 1999–2000 year at $3 billion (CHCA 2002: 7). Not surprisingly, home care is considered, from a governmental perspective, a cost-effective substitute for hospital and other long-term care facilities. Emerging financial data seem to support these conclusions. For example, nationally between 1993 and 1996, hospital care

expenditures fell by $1,205 million while home care spending only increased $452.8 million (Health Canada 1998: 3).

An integrated program of research with 15 studies across Canada (Hollander and Chappell 2000) found that in terms of overall societal costs, home care costs less than residential care for all levels of care even when out-of-pocket expenses of clients, family members and other caregivers, as well as time spent by family caregivers (costed at minimum wage and at replacement wage) are taken into account. However, the studies in this program of research did not consider the full range of burdens, consequences and human costs for the caregiver that extended beyond time and financial outlays. Nor did they measure the quality of care, including continuity of care, provided to the patient in the home. They also failed to account for the long-term costs to women caregivers in relation to their health, jobs and pensions.

Privatization

The focus on cost savings has been enjoined by an investigation of service delivery innovations and more private industry participation in home care, increased competition and a growth of large and complex organizations (Close et al. 1994). In general, there are a number of ways home care services are funded and delivered. They can be publicly funded and publicly delivered, publicly funded and privately delivered, or privately funded and privately delivered. Private services may be for-profit or not. For example, some provinces directly delivery home care services while others rely on external agencies (voluntary, not-for-profit and for-profit agencies). There has always existed a public–private mix in the delivery of home care in the form of homemaking, in-home attendants, home health care, nursing and palliative care that have been available for many years (Nahmiash and Reis 1992). What is increasing is the contracting of services to for-profit organizations. In particular, many corporations consider long-term care to be an important site for profit making (Armstrong and Armstrong 2001).

At the same time, services available through the public system are being reduced. Out of necessity, and for those who can afford it, a growing number of services are being purchased outside the public system. This results in higher out-of-pocket expenses for clients and their families. Canadians are spending more and more on private sector health care. According to Statistic Canada's Survey of Household Spending in 2000, average household spending per year on health care increased from $1,009 in 1996 to $1,357 in 2000 (CIHI 2002). In general, fewer community health services are publicly funded.

Privatization may be understood as "a process whereby activities, assets, costs, or control are shifted from the public to the for-profit sector" (Browne 2000: 2). However, it can also take on more implicit changes when, for example, government discontinues a previously provided service, when it still pays for a service, but does not deliver it, or when in providing a service it levies a user fee (Browne 2000; Armstrong et al. 2001). In the case of home care, we have what others have referred to as "cascading privatization" — services that were once covered by medicare, because they were provided in hospitals and other institutions are now de-listed,

because they are provided in the home. Elsewhere this has been described as "privatization by stealth" (Armstrong 1999).

At the most basic level, the concern is the goal of for-profit organizations — profit maximization, which overrides all other considerations, including public interest and patient well-being (Gibelman and Demone 2002; Browne 2000). In a general observation about the effects of privatization of home care on female clients and workers, a health policy expert we interviewed indicated:

> *There is a huge community of interest that arises between the client and the provider because they are poor and they are female, and they are threatened both by the public policies that are providing a space for corporations to come in and by the companies themselves who make money by paying low wages and providing poor quality and fewer services to clients* (2003).

In sum, the demand for home care is increasing as public support systems continue to erode, technology advances, the population of seniors increases, and the incidents of diseases, such as HIV/AIDS, Alzheimer's, and cancer become more prevalent. The current home care situation is untenable for many Canadians. The burden and negative consequences for caregivers are well documented (Armstrong and Armstrong 2001; Baines et al. 1998; Morris 2001; Parent et al. 2001). In 1998, 85 percent of Canadians wanted to have home care included under the *Canada Health Act* (Price Waterhouse Coopers 1998). In 1999, 80 percent supported the inclusion of home care under medicare (Berger 1999). Fifty-seven percent of Canadians reported feeling that an expanded home and community care program would be one of the best ways to improve the health care system (Ekos 2000). Despite recent changes to home care policy in Canada, we are far from realizing a comprehensive national program.

The Health Care System: Internal Policies and External Pressures

Internal Policies

As evidenced by the home care example, the Canadian health care system has been changed profoundly. Both internal policy decisions and external pressures related to globalization and trade can be seen as the foundation for these alterations. Drawing on the work of Standing (1999), Bernier and Dallaire (2001: 121) pointed out that "the central element in recent health care reform — the shift of many services from institutions into the community — has significantly altered relationships among the government, the public health care system, private health care providers, community organizations and the 'domestic' economy." We would add that health care reform is integrally tied to external trade pressures, which favour the interests of business and call for reduced social spending.

A number of key developments warrant attention. The first came in February 1995 with the introduction of the *Budget Implementation Act*. It allowed the Government of Canada to repeal the Canada Assistance Plan and introduce the Canada Health and Social Transfer in 1996.

For much of Canada's recent history, the federal government has been instrumental in national social programs. Through transfers and shared cost programs started in the 1950s,

the federal government has greatly influenced areas of provincial/territorial jurisdiction, such as health, post-secondary education, social services and social assistance. This was apparent with fiscal arrangements such as the Canada Assistance Plan established in 1966 and then later with the Established Programs Financing introduced in 1977. CAP provided provinces with 50 percent of the costs of social assistance and services. The Established Programs Financing was a consolidated fund for health care and post-secondary education. (The EPF heralded the beginning of "block funding.") Under these arrangements, the federal government established and enforced national standards to ensure all Canadians received the same level of care.

Without any consultation with the provinces/territories, the federal government took a radical change in direction initiated by Paul Martin's 1995 budget and drastically cut social spending with the introduction of the Canada Health and Social Transfer. The CHST is a block fund to provinces for all the areas previously covered by both CAP and the EPF, making it impossible to tell what the federal government gives and/or cuts from any one of its social programs. In many ways, the CHST was the final result of a steady pattern of cuts and freezes on provincial transfers. The consequences of the implementation of the CHST have been significant. Between 1994–95 and 1998–99, Ottawa cut its contribution to health, education and social assistance from $19.3 billion to $12.5 billion. Government funding to health is only now beginning to be restored. Additionally, in 1996 the *Canada Health Act* was also amended to make it conform with the CHST.

> *The* Canada Health Act *was amended in 1996 and nobody even knows it was amended... and it was a detrimental amendment and the reason it was amended was because of the introduction of the CHST. In the* Canada Health Act, *there was a section, section 6 that [covered] extended health services, which are outpatient services, nursing home care, home care, all of these areas that are expanding in the health system. Section 6 basically said that the federal government allocated a specific amount of money for those services, but in return for the money the provinces had to fulfill reporting obligations under the Act. This [is one of the] sections that was repealed* (Interview with health policy expert, 2003).

The only conditions of the CHST are that provinces/territories meet the criteria in the *Canada Health Act* and do not impose any residency requirements for receipt of social assistance. Should the province or territory deviate from the *Canada Health Act*, for instance by charging user fees or extra billing, Health Canada is authorized to penalize that province or territory by deducting from the CHST amount it receives.

Each provincial/territorial government adds to the portion of the CHST that it allocates to its health care system, and the combined sum funds delivery in that province/territory. As a result of the CHST, provinces now have more financial responsibility for social policies. Even though the federal government has made radical cuts to provincial transfers, it continues to demand that provinces adhere to certain federally imposed national standards. Many provinces have argued, however, that the federal government has reduced its political capacity to impose any

vision of social policy and programs on the provinces/territories. Indeed, despite opportunities to do so, the federal government has seldom challenged the provinces or territories under the *Canada Health Act*.

To overcome these tensions, the Social Union Framework Agreement (SUFA) was signed in February 1999 by the federal government, the territories and nine provinces (excluding Quebec). It was meant to improve the way in which federal and provincial/territorial governments worked together in regards to social policies and programs, especially health. Some, like Alain Noël (2000: 2) have argued that SUFA was an attempt to reassert the federal government's authority in regards to health care. "[T]he social union framework recognizes, indeed celebrates, the legitimacy of the federal role in social policy." SUFA, however, has been largely ineffective in re-establishing the federal government's role in health, and the result is that national standards for the health care system are eroding.

In February 2003, three months following the release of the report from the Romanow Commission on the Future of Health Care, the Canadian government agreed to the Accord on Health Care Renewal. The government announced increases in health care spending and committed itself to creating two transfers on April 1, 2004: a Canada Health Transfer (CHT) through which health dollars will flow to the provinces and a Canada Social Transfer (CST) that will cover education and social services. There are also discussions underway about how to increase provincial accountability to the federal government for health care spending.

Despite these developments, provinces continue to experiment with privatizing health care (e.g., building private hospitals in Alberta and British Columbia, for-profit delivery of many home care services in Ontario and contracting out hospital service workers in British Columbia), which jeopardizes the public nature of Canadian health care. Seen in a wider political context, federal transfer payment cutbacks and the CHST effectively enhanced the Canadian climate for trade in goods and services by weakening federal government authority and placing pressures on provinces to consider privatization as a means of funding health and social services.

External Pressures

Reflecting on the relationship between domestic public policy and free trade agreements, a health and trade policy expert we interviewed said:

> *There is a relationship between the free trade agreements, provincial and federal policy and obviously people who invest in the health sector and the health industry, and what concerns me is that there really hasn't been an in-depth assessment done of what has occurred in the health sector since the free trade agreements* (2003).

On an international level Koivusalo (2003: 173) observed: "Health sector reforms introduced at the national level, in such forms as deregulation, privatization and decentralization are restructuring health systems to make them complementary to the emerging global economy."

The creation of the CHST occurred the same year that both NAFTA and the WTO[7] came into being. The groundwork for NAFTA had been laid in 1989 when the Conservative Government of Prime Minister Brian Mulroney struck a trade agreement with the United States: the Free Trade Agreement (FTA). The FTA had substantial health-related trade issues covered in its services chapter and became the first comprehensive agreement on trade in services. It served as an important model for both NAFTA and the General Agreement on Trade in Services (GATS).

The WTO agreements most relevant to health are GATS, the Agreement on Trade-Related Aspects of International Property Rights (TRIPS), the Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures (SPS) and the Agreement on Technical Barriers to Trade (TBT). The Free Trade Area of the Americas (FTAA) is also relevant. It is in the early stages of development and is concerned with removing barriers to trade among a wide range of countries in the Americas.

Table 1: Trade Agreements and Health

Agreement	Health Area
Regional	Health services
NAFTA	
Multilateral (World Trade Organization)	
GATS	Health services
TRIPS	Pharmaceuticals
SPS and TBT	Food safety, environmental protection, consumer and health protection

Together, these agreements cover a range of health services and encompass the wider determinants of health (e.g., education, transport/communications, environment, food security and safety, water, sanitation, air quality and financial services). Overall, these agreements are intended to secure predictability and stability in trade practice through legal frameworks with binding rules and obligations. These uniform rules for global governance in trade, however, also have a homogenizing effect. Member states that vary in size, stages of development, and levels of private and public sector involvement in funding, purchasing and provision of health services may not be left with enough room to maintain system "divergences." For Canada and its distinct public–private mix in health, this is a critical policy issue.

The Service and Trade Division of the Department of Foreign Affairs and International Trade oversees all trade agreements and determines Canada's position with respect to these agreements. The service and trade division works with other DFAIT divisions and, in some instances, with other ministries, specifically Health Canada's International Affairs Directorate. It also consults with experts through the Sectoral Advisory Groups on International Trade (SAGIT). The Medical and Health Care Products and Services SAGIT works closely with DFAIT. However, critics have pointed out that the membership of this SAGIT is industry dominated and, at the time of writing, had no representation from labour

unions, health policy specialists, women's groups or organizations concerned with health and social inequality. A repeated concern with how the federal government negotiates trade has been with their lack of transparency with respect to the process (Sanger 2001; Sinclair and Grieshaber-Otto 2002). For example, with respect to the GATS negotiations, the federal government only provides summaries of the negotiating requests it has received from other countries.

Industry Canada and the Department of Foreign Affairs and International Trade have repeatedly assured Canadian citizens that the health care system is shielded from trade agreements, and health care services are not on the trade negotiating table.[8] Moreover, there is a standing commitment to preserve policy flexibility in health, along with public education and social services, in the context of trade agreement (SCFAIT 2002). Adlung and Carzaniga (2001) of the WTO's Trade in Services Division have similarly argued that under the terms of GATS, all members retain an enormous amount of flexibility in pursuing their policy objectives.

Despite these assurances, the Canadian government has put certain kinds of health services on the table in a number of agreements (e.g., rehabilitation services in the FTA and health insurance in GATS). Reflecting on the effects this has already had on health services, one health policy researcher we interviewed said:

> *There are certain parts of the health care system that I think have really been compromised to the extent that it would be very difficult to reclaim these under the public umbrella and one of them is the area of outpatient services — all of them, but obviously the big one is rehabilitation services* (2003).

In a discussion about the effects privatization is already having on rehabilitation services one health policy specialist indicated:

> *There are specific groups which suffer more than others, of course: elderly people, disabled people, the majority of whom are elderly, people with chronic conditions that require ongoing rehabilitation services. These are the people who are now having to pay directly for services. If they don't pay, they don't get the service* (2003).

Most of the elderly people affected are women. We need to ask to what degree does Canada's commitments to free trade create a social climate where inequities between people and between men and women specifically are deepened?

Canada and Trade in Services

The value of health services in OECD countries has been estimated at approximately US$3 trillion and is expected to rise to US$4 trillion by 2005 (Marconini, 1998). When broadly defined to include investment and the movement of health professionals, predictions are made that "trade" in health services will become more important (Chanda 2001).

This is supported by a number of emerging trends. The processes of cost containment, government retrenchment and the increased presence of the private sector can be observed in most OECD countries. Specifically, the upsurge in the movement of health professionals, the increase in foreign investment by hospital operators and health insurance companies, and the growing interest in "health tourism" (i.e., travelling to another country for a health procedure) indicate that trade in health services is increasing and has substantial growth potential (WHO and WTO 2002).

In 2000, trade in services accounted for 11.9 percent of total exports and 14.7 percent of total imports (Statistics Canada 2000b). Canada already has life and health insurance companies in over 20 different countries (Finance Canada 2001). Three hundred Canadian companies are involved in telehealth (i.e., the new technology allowing remote doctor–patient consultations), and many of these are multinational enterprises (Chanda 2001). Canada's involvement in the international medical drug trade is substantial and expanding rapidly. For example, the value of exports in pharmaceutical and medical manufacturing rose from C$1.562 billion in 1998 to C$2.568 billion in 2002 (Statistics Canada 2003). There is also evidence that Canada has intentions to further expand its health industry into foreign markets (e.g., see SCFAIT 1999).

Canada's imports in 1998 were at $52.1 billion. Health services (which are included in a category with education, business, etc.) represented about 16 percent of that $52.1 billion. Understanding what kind of services Canada imports is critical for any analysis of the effects of trade agreements, and yet, to date the Department of Foreign Affairs and International Trade and other government departments have focussed on exports that form only a very small part of the Canadian economy. Therefore, it appears that the changes being made to internal government policy, which focus on exports, are really only relevant to the economic performance of a very few players in the Canadian economy.

NAFTA and GATS

Among all the agreements, NAFTA and GATS have been singled out as the most relevant to the Canadian health care system, because of their immediate implications for health services (Johnson 2002; Ouellet 2002). We examine specific provisions of these agreements to determine the extent of their effects on the health care system.

Both NAFTA and GATS are distinct but overlapping in breadth and scope. They both have clauses that commit governments to repeated rounds of negotiations to expand liberalization of services. NAFTA is seen as a rigid, top-down agreement (i.e., member countries under this agreement commit to all of its conditions automatically). GATS is generally described as a more flexible bottom up agreement, because member countries voluntarily choose what they commit to (i.e., only those services positively listed by a country are affected by some rules). However, GATS also has top-down features (e.g., the most favoured nation rule, which affects all services whether they are listed or not) (Sanger 2001). Both NAFTA and GATS require that governments treat foreign companies as well as or better than they treat domestic entities.

Under NAFTA and GATS, Canada has not explicitly undertaken obligations under health care services, but these treaties could nonetheless affect health care policy. That is, in NAFTA with the exception of telecommunications and financial services (which have separate chapters) no services are explicitly mentioned; however, all of the sections on investment, competition, monopolies and state enterprises apply to all services. Currently, the Canadian government has committed health insurance under GATS, the implications of which are discussed below. Additionally, the wording in both NAFTA and GATS, with respect to the protection of public services, is contestable.

The North American Free Trade Agreement

NAFTA is a trade agreement signed between Canada, the United States and Mexico in 1994. It covers the delivery of goods and services and extends to all economic sectors including the health sector (except where there are specified exemptions). NAFTA's objectives (set out in article 102) state that trading partners strive to increase investment among themselves by eliminating trade barriers and facilitating the cross-border movement of goods and services. Beyond cross-border trade, NAFTA has broad implications concerning the treatment of foreign investors and service providers through its investment provisions. Its objectives also include providing adequate and effective protection of intellectual property rights and a framework to facilitate future trilateral, regional and multilateral co-operation. These objectives are overarching and come to bear when other provisions within the agreement are being interpreted. Of particular note is the overriding commitment to increased trade liberalization to which all three governments are committed.

NAFTA has its own dispute resolution mechanism that is significant, because it is the first agreement that allows corporations to challenge governments directly and demand monetary compensation (Chapter 11). The impact of this has been felt by Canada in a range of NAFTA trade disputes by U.S. corporations. For example, as a result of NAFTA, the Canadian government backed down on its plan to legislate plain packaging for cigarettes and to ban the toxic gasoline additive MMT (Sanger 2001).

When NAFTA was first signed, public concern arose over the belief that within the agreement there were loopholes that would allow U.S. companies to encroach on Canada's universal health care system. These fears were increased as trade disputes launched by U.S. firms against Canada became public. People began to recognize how the largely private health care system in the United States might take advantage of markets opening up in Canada, especially as federal and provincial cutbacks to the health care system became more vigorous (Boliz et al. 1999). For example, under Chapter 11, NAFTA permits direct foreign investment that may be extended to the health sector. This provision enables foreign corporations to invest to obtain 100 percent ownership of health care facilities (Chanda 2001). In these instances, when a service is not completely protected in the public sector, it is opened up to increased privatization, and competition between the public and private sectors can occur. For example, the government might be treated like a corporation in that, under NAFTA, it could not maintain a "monopoly" over the services it provides, especially if those services are already partly provided privately.

The question of NAFTA's potential to reshape the Canadian health care system is a topic of frequent discussion. When NAFTA was negotiated, some provincial policies and measures were exempted, as long as they were in force when the Agreement was adopted.[9] Yet Alberta's recent allowance of private clinics represents a change to its policy, giving NAFTA an inroad into the system. As Appleton (2000: 2) explained, "once a reservation is lost, by a province changing its old policies or practices, the old reservation is spent and cannot be renewed. It is for this reason that most provinces are very careful when they change their health care policies as their changes can lower the threshold for their NAFTA obligations."

It is clear that NAFTA constrains the ability of the public system to expand (e.g., to include home care, dental care and disability insurance) but, more critically, it allows the private sector to assert its rights once any privatization begins. That is, the public sector is only protected as long as governments do not begin the process of privatization. Privatization clearly undermines the public health system and has particular consequences for women who make up the majority of the labour in the health care system, often bear the responsibility of heath care for their families and use the system more frequently than men.

The World Trade Organization

In 1995, the WTO replaced the General Agreement on Tariffs and Trade (GATT) Forum that was established in 1948. GATT was incorporated into the much expanded set of trade agreements which constitute the WTO agreements; GATT wording is part of the WTO agreements. GATT dealt only with trade in goods while the WTO has expanded rules to cover trade in services and intellectual property (WHO and WTO 2002).

The WTO oversees a wide range of multilateral agreements, including GATS. Essentially, member governments cannot decide which agreements they will abide by under the WTO, but are bound by all WTO agreements. What is most significant is that multilateral trade agreements "concern a much broader array of policy measures than tariffs and customs, and as a consequence have much farther reaching policy implications than is often recognized" (Koivusalo, 2003: 161). The multilateral agreements under the WTO have implications for a wide variety of health issues, including, infectious disease control, food safety, tobacco control and the regulation of genetically modified food (WHO and WTO 2002).

The WTO is also tasked with settling trade disputes through the Dispute Settlement Body that has sole authority to establish panels of experts and also has the power to authorize "retaliation" if a country does not comply (WHO and WTO 2002). Critics have pointed out that the trade dispute resolution process at the WTO is, "both closed to public input and binding" (Ostry 2001: 477). Further, they have observed that although decisions are based on consensus, the "Quad" countries — Canada, the United States, the European Union and Japan — have the most decision-making authority (Ostry 2001). The WTO has unprecedented powers with respect to regulatory and sanction powers, and it is these powers that are thought to infringe on national governments' abilities to make policy. With the WTO agreements, there have been numerous cases concerning health issues and only one, involving asbestos, was ruled in favour of public health.[10]

The General Agreement on Trade in Services

The WTO's General Agreement on Trade in Services came into force in 1995 and applies to all WTO members. GATS represents a new direction for international trade liberalization as it governs trade in services. It has been called the most comprehensive "multilateral, legally enforceable agreement covering trade and investment in services" (White 2001: 1). Services include activities as diverse as health care, education and tourism. Under GATS, the *distribution* of a good (e.g., the supply of water and energy) also counts as a service (White 2001). GATS "has a very broad reach" applying to "all modes of supply that are possible in exchanging services" (Gottlieb and Pearson 2001: 8,9). These modes are cross-border supply, consumption abroad, commercial presence and movement of natural persons.

The rules of GATS are legally enforceable by the WTO's dispute resolution bodies. GATS has a framework of general rules (i.e., most-favoured nation and commitments to transparency) that apply to all services and to specific rules (i.e., national treatment and market access) for services listed by countries in their schedules and sectoral annexes setting out rules for particular sectors (Sanger 2001).

GATS "exemplifies a trade doctrine which construes many critical health policy measures as 'non-tariff barriers' to trade in health services" (Sanger 2001: 109). Indeed, GATS applies to any government measure (e.g., regulations, licensing, standards, qualifications, guidelines) that might affect trade in services. GATS measures also apply to all levels of government: federal, provincial, municipal and regional. Trade in services is being promoted through a variety of modes, which have significant implications for women and for the health of communities more generally.[11] There is an overarching commitment by all member countries (under article XIX.1) to pursue "a progressively higher level of liberalization" so it can be reasonably expected that the level of country-specific commitments, including trade in services, will increase rather than decrease. In reflecting on the pressures that governments face regarding GATS negotiations and the binding nature of commitments, an international gender and trade expert commented:

> *GATS is like closing the door in a room to make sure there are no exits left* (Interview, 2002).

As outlined, decreases in federal funding have placed a significant strain on health care. In some instances, this strain is being used as a rationale for turning to the private sector to make services available or, indeed, make the political climate more "trade friendly." GATS would facilitate this. As Koivusalo and Rowson (2000: 185) emphasized, "the potential for trade in services could well increase in future years, with the global concern with cost-containment in the health sector leading to an incremental process of government retrenchment and growing markets for the private sector."

A new round of GATS negotiations are underway, having begun in January 2000. Members are determining which of their service sectors will be open to foreign providers and, correspondingly, which foreign sectors they want to access. In June 2002, countries began making requests regarding which service sectors they wanted opened up in other countries.

All modes of trade in services are being considered in the negotiations. By March 2003, all countries were expected to submit the lists of service sectors they were willing to open up.

Members have a choice of whether to commit services under their schedule of specific commitments,[12] and the degree to which the markets for these services will be opened. To date, 40 percent of WTO members (over 50 countries) have made some type of commitment on health services (WHO and WTO 2002).

Table 2: WTO Members' Commitments on Medical, Hospital and Other Health Services, and on Health Insurance (3rd quarter 2000)

Medical and Dental Services	Midwives, Nurses, etc.	Hospital Services	Other Human Health	Health Insurance (under financial services)
52	28	42	15	78

Source: WHO and WTO (2002).

Canada has indicated that it will not commit health services in its GATS schedules, although as we will illustrate, the degree to which health services are shielded from the GATS market access rules is debatable. Most recently, Canadian officials have also indicated they will not ask other countries to open up their health services markets in the GATS negotiations (Key informant interviews DFAIT and Health Canada, 2003).

The GATS classification system is important because not all services that make up Canada's health care system are classified as "health services." For example, under the GATS classification system, things like hospital services, long-term care facilities, ambulance services, public health programs and labs, diagnostic and health protection monitoring all fall under "health and related social services." Home care and services provided by physicians, midwives, physiotherapists and nurses fall under "business services" in a subsection called "professional services."[13] Although Canada has not made commitments in these categories, it has committed health insurance, which is categorized under "financial services."

Canada's commitment of health insurance to the GATS means there are no limitations on market access to provincial health insurance plans (Johnson 2002) and, therefore, no regulations safeguarding against a number of practices that may not be congruent with the goals and objectives of the Canadian health care system. For example, some analysts are concerned that in the event that Canada wants to expand its public health insurance, foreign companies may challenge this saying that Canada is denying market access to their private insurers. A trade expert in our study indicated:

> *One clear implication of having listed health insurance under the GATS [is that] when we expand the public health insurance system ... the U.S. or European governments would have the option of challenging that as denying market access to their private insurers, and Canada could find itself entangled in a trade dispute* (Interview, 2002).

The privatization of the financing of health insurance has significant implications. For instance, a key principle of insurance is risk pooling to minimize the potential of extensive payouts. In other words, although everyone contributes, only some people will ever need to collect. This encourages providers to insure only the healthy and least "at risk," a practice called "cream skimming." Debra Lipson (2001: 1139) has indicated that, "evidence from countries where private insurers compete indicates that, even with strong regulatory systems, greater competition among health insurers segments and destabilizes the market and undermines the ability to build larger, more equitable risk pools that spread costs between rich and poor, healthy and sick" and among and between women and men.

Canada has also made extensive commitments under data management and information processing, which have implications for many aspects of the health care system. Canada's ability to regulate and ensure the privacy of individuals using the health system could be undermined by these commitments. There is only a very weak exception in GATS for regulations to safeguard privacy. Privacy is a critical issue for women, who need to be able to talk to health care professionals about their experiences of physical and sexual violence, and about issues related to contraception and abortion.

There is concern that national policy flexibility may be undermined by the commitments Canada has already made under GATS, as well as by any new obligations it may undertake in the current round of negotiations. This could have a "chilling" effect on government policy decision making with respect to health reform, because governments may fear being subjected to WTO trade sanctions for possible violations of these commitments. According to Marceline White (2001: 2), "GATS could effectively cede local, state and federal decision making authority to WTO trade panels."

Feminist Responses

Beginning with the FTA, Canadian feminists have raised questions about how trade agreements might negatively affect women (Cohen 1987; Porter 1987). The National Action Committee on the Status of Women was one of the first groups in North America to take up issues related to trade agreements and women, focussing on labour, environmental issues and the potential effects of the privatization of social services (Cohen et al. 2002). This broad-based movement recognized the profound impact of economic restructuring on the lives of women and understood that the struggle for public services would benefit all Canadian women and help them in the struggle for equality.

Initially, most Canadian feminists were primarily concerned with the potential impact of the FTA on women's labour (e.g., Cohen 1987; Porter 1987). After Canada, the United States and Mexico signed NAFTA in 1994 and Canada became a key member of the WTO in 1995, many more feminists began to write about trade agreements and to theorize and document how they affect women and men differently, with a particular focus on the deleterious effects on women (Bakker 1996; Cohen 1987; Cohen et al. 2002; Pierson and Cohen 1995). Analysts have charged, for example, that agreements like NAFTA are "inherently anti-public sector," because they foster the privatization of public services and the reshaping of public programs to reflect commercial aims (Cohen 1995: 97). This research has now established that economic

restructuring has gender-differentiated effects with specific impacts on women who are further marginalized by their socio-economic status, race, ethnicity, culture and ability.

A wide range of literature has documented the social, environmental and economic changes that have resulted from NAFTA, particularly in Mexico where the number of foreign companies has increased dramatically. The differential impact of NAFTA on women has been noted especially with respect to labour standards and the impact on workers, particularly women concentrated in low-paying jobs.[14] Writers have also documented the discriminatory treatment of women in the factories with respect to maternity rights and sexual harassment (Nieves 2002).

Still others have shown how the location of the factories in isolated areas has put women's safety at risk. For example, 75 women working in the city of Ciudad Juarez, Mexico in the *maquiladoras* have been raped and murdered since 1993, and many more have gone missing. The murders have most often taken place in the isolated areas where the factories are located, and the factory managers of the multi-billion dollar U.S.-owned companies have been slow to respond to the need for better security measures for the women workers (Nieves 2002). The pollution and toxic waste resulting from U.S.-owned companies have key health implications for women and children. A current example is that of the abandoned lead smelter in Tijuana owned by the American company Metales y Derivados that has resulted in unacceptable levels of lead contamination leading to multiple health problems for the inhabitants and to serious birth defects in newborns (Sullivan 2003).

Other studies have focussed on the increased mobility of female workers across borders and how this affects their access to health care (e.g., Boliz et al. 1999). Additionally, studies have examined the specific sections of NAFTA to determine the degree to which the agreement puts Canada's health care services at risk for foreign investment and increased privatization (Boliz et al. 1999; Epps and Flood 2003; Fuller 1998).

Feminist scholars and activists have concluded that women's human and equality rights are being significantly eroded by economic globalization and the resultant national economic and social policies. Despite this, there continues to be a resistance to interjecting considerations of gender equality into the current debate about economic restructuring, because people understand gender equality in a very narrow way as pertaining only to issues such as abortion and pay equity (Brodie 1995). Further, the current preoccupation in Canadian politics with the deficit and with shrinking government has completely marginalized women's issues — issues which either require government expenditure or intervention — both of which are currently unpopular (Brodie 1995). In the rhetoric that serves corporate and business objectives, larger social and political issues are individualized. In this climate, the family is idealized as women are urged once again to take up roles as caregivers and look to men for economic support (Mosher 1998).

Despite this activism and ongoing critique, there has been a limited engagement of the health sector with issues related to globalization (Lee 2003). The Canadian women's health movement has carefully documented the effects of privatization on the health care sector and

on women's health; however, it has just begun to turn its attention to the implications of trade agreements for Canadian women and health.

Engendering Trade Agreement Analysis: Social Impact and Gender-Based Analyses

Analysts concerned about how trade agreements may erode Canada's public health care system have called for appraisals of how trade agreements impact health care. Sanger (2001: 113), for example, says, "the Canadian government should conduct a systematic and comprehensive assessment of the health impacts of our commitments under the existing GATS agreement."

Despite these calls, large-scale studies of this nature have not been done, in part, because the methodology for conducting such studies is under-theorized and underdeveloped. Further, in the case of trade agreements and the health care sector, some of the analysis, especially with respect to newer agreements (e.g., GATS) is speculative. We suggest that it is necessary to develop a methodological framework and specific tools to assess the impact of trade agreements on population groups. Large-scale and systematic studies will be able to tell us more precisely about the effects of these agreements on women.

Social Impact Analysis

Social impact analysis was originally developed for examining poverty and the social effects of public action in the development context (Gittinger 1985; Timmer et al. 1983). SIA can be defined as an "analysis of the distributional impact of policy reforms on the well-being or welfare of different stakeholder groups" (World Bank 2002). Since the work conducted in the late 1980s by Cornia et al. (1987), SIA has increasingly been used to analyze the social costs of structural adjustment. Originally, SIA focussed on income measures (World Bank 2002), but has recently begun to consider important non-income measures (e.g., control over resources) (UNDP 2003). The human development paradigm found in the work of Sen (1999) has been critical with respect to this new framing. Feminists have criticized SIA, however, for not adequately considering gender as an important analytic category in its discussion of social costs and because it has not examined "the social relations across and within nations (class, gender, race, etc.) that form the context in which trade policies are enacted" (Cagatay 2001: 5).

With modifications to include gender as part of its analysis, there are a number of reasons why SIA may be appropriate for trade policy analysis. SIA may be able to balance the importance of efficiency and growth with considerations of well-being, social justice and environmental sustainability. Because SIA also prioritizes the use of mixed methods, it levers the benefits of both qualitative and quantitative methods in developing a more complete analysis of the relationship between trade agreements and health. In the context of health, it leads to the examination of how the core values of equity, fairness and solidarity on which the Canadian health care system is premised (Romanow 2002) are affected by trade policy. It also allows for the distributional effects of policy change on various population groups that are themselves gendered (e.g., categorized by income, ethnicity, age, geographic location) to be illuminated. This analysis takes into account not only health status and health services utilization, but also addresses the effects on the political, economic and social determinants

of health and disease. Few studies examine the impact of reducing trade barriers on health equity, efficiency, access and quality (Lipson 2001). Having this type of information is essential if governments are to understand better how to mitigate the harmful effects of trade.

Gender-Based Analysis

Internationally, there is growing pressure for systematic gender mainstreaming and gender-based analyses of all trade agreements (Cagatay 2001; Marchand and Runyan 2000; White 2002a). A number of organizations and gender specialists have started to develop specific tools to assess the impact of trade agreements on women (e.g., O'Regan-Tardu 1999; White, 2002a; Allaert and Forman 1999). In all the approaches and strategies thus far, there have been marked differences in how to engender trade policy. Strategies range from ensuring access and representation, through such means as non-governmental organization (NGO) representatives in trade delegations and gender mainstreaming, to social clauses engendering review mechanisms such as trade policy reviews, and long-term capacity building via trade literacy initiatives.

Although Canada has been involved in some multilateral trading bodies like the Asia-Pacific Economic Co-operation (APEC) and the FTAA (neither of which is an actual trade agreement), which have begun a process of gender integration (e.g., The Framework for Integration of Women in APEC) the focus of these initiatives have not been critical of economic globalization, but rather is designed with the goal of advancing women's economic interests and opportunities through trade liberalization. Indeed, approaches to gender-based analysis are marked by differing ideological perspectives (Hassanali 2000: 24), and to date, no model of best practices has emerged. Specifically, the central debate can be characterized as whether women should work collaboratively with trade bodies (i.e., the belief that efficiency and growth through trade is complementary with social justice) vs. the position that the market-based values underlying trade agreements are incompatible with the values underlying a public sector. What is clear, however, is that neither Canada's trade policy, nor its trade negotiation strategy has systematically reflected an awareness of the gendered effects of trade on women (Blacklock 2000: 20). The absence, in particular, of women's organizations and women's advocates in trade policy-making processes is a key obstacle to integrating a gendered perspective consistently into official trade policy.

We believe, however, that the use of GBA can help to evaluate and interpret the effects of trade agreements on women and the public sector. Gender-based analyses are confounded by the methodological difficulties of teasing out what are effects of trade and what are due to pre-existing social and economic factors and, in the case of analyzing trade in services, by the fact that most of these agreements are still under negotiation, and their effects are not yet fully realized. Despite these limitations, GBA frameworks can be useful at this particular juncture for identifying the trade agreements most relevant to health and women, and for gathering preliminary information about their potential effects on women.

Drawing on the work of others who have developed GBA frameworks (e.g., White 2001) we asked the following questions with respect to each of the trade agreements analyzed in the context of home care.

- What are the health relevant aspects of the trade agreement? Which aspects are relevant to the home care sector specifically?

- What are the gender relevant aspects of implementation or enforcement of the trade agreement with respect to the home care sector?

- What might the effects be on women's health, women's labour in the home care sector and women's equality?

In the next chapter, we use these questions to analyze the home care–trade interface. International trade agreements have an impact on home care delivery primarily through their current and potential capacity to open up either the financing or delivery of home care services to privatization by allowing domestic and foreign companies to take up these roles with a profit motive. Trade agreements are also relevant with respect to the supply of services across borders and the degree of mobility of services and professionals across borders.

4. THE HOME CARE/TRADE INTERFACE

Using home care as a case study, this chapter explores the implications of NAFTA and GATS for future policy reform in our health system. We provide a brief description of models of home care in British Columbia and Ontario, detailed[15] for the purposes of undertaking a gendered analysis of NAFTA and GATS. These two provinces have been chosen, because each represents a distinct model of home care currently in use. Each has also developed its own definitions of home care. The Ontario model is based on contractual managed competition, co-ordinated by the Community Care Access Centres (CCACs). In comparison, British Columbia has devolved its delivery of home care, and uses a regionally based model in which health authorities co-ordinate all home care services. While Ontario has moved to a model that is explicitly conducive to increased for-profit home care delivery, both provinces have made policy choices that have reduced publicly funded home care services and programs. Despite provincial differences, there are similarities in the way home care is already affected and may be further affected if home care reform is implemented without a clear understanding of NAFTA and GATS provisions.

Home Care in Ontario

Over the past decade, in a policy context of cuts to public programs and services, home care in Ontario has undergone considerable change. As in all provinces, there has been a shift from hospital-based services to long-term care and community/home-based services. Home care services in Ontario are classified under two main categories: in-home services and community care services. In-home services typically refer to personal and professional support services and homemaking. Examples include transportation, home-delivered meals, adult day programs and home maintenance.

Home care is regulated predominately by the *Long-Term Care Act, 1994*. In addition, the *Health Insurance Act* determines eligibility for professional services. In essence, it is not the *Long Term Care Act* itself, but rather a number of service agreements and regulations passed by Cabinet that directly govern home care in the province. The regulations for example, define both the eligibility for homemaking services and the maximum hours for nursing, homemaking and personal support services (Ontario 1994). A person is eligible for homemaking if he or she:

- requires personal support services along with homemaking services;
- receives personal support and homemaking services from a caregiver who requires assistance with the homemaking services to continue providing the person with all of the required care; or
- requires constant supervision as a result of cognitive impairment or acquired brain injury, and the person's caregiver requires assistance with homemaking services (Ontario 1994).

All the services provided by the CCACs have no user fees. In the original Act, there was a maximum level of service clients could access. This was, for instance, four nursing visits per day. In terms of homemaking and personal support services, these could not exceed 80 hours per month for the first month and 60 hours thereafter. Currently, services are based on assessed needs. Pharmaceuticals are partially covered by the government. Home care clients who receive professional services *only* are funded and *some* pharmaceuticals are paid by the drug plan in Ontario. This means home care clients who receive homemaking services *only* do not receive pharmaceutical coverage. A number of community care services may also be available but are not publicly funded. In addition, volunteers give 2.5 million hours of service a year to home and community support agencies (OCSA 2000b).

The provision of home care services in Ontario is facilitated through a system of managed competition implemented in early 1996. The current system involves a variety of providers (for-profit and not-for-profit) that are regulated by government-funded agencies. The government provides funding for personal and professional in-home services, while care recipients must pay user fees for some community support services.

Serving as entry points into long-term care services, the CCACs are primary actors in this system. First announced by the Minister of Health in 1996, they were established across the province by 1998. The CCACs amalgamated 38 home care programs and 36 placement co-ordination services. Before 1998, home care services were purchased by the government, primarily from the Victorian Order of Nurses, St. Elizabeth Health Centre, the Red Cross and the Visiting Homemakers Association — all private, not-for-profit organizations (Armstrong and Armstrong 2001). When the CCACs were first established, they were administered by boards of directors that were eventually elected and intended to represent all key stakeholders in home care, including care recipients, caregivers, and other health care and social service providers and advocates.

Forty-three CCACs are now in operation, dealing with more than 400,000 people every year (Ministry of Health 2001). The centres have numerous responsibilities. They provide general information, client assessments and referrals to all long-term care services, case management, evaluation and monitoring of all services. In accordance with ministry guidelines, the CCACs determine eligibility to receive services. Eligibility is based on criteria that includes Ontario residency and insurance under the Ontario Health Insurance Plan, needs that cannot be met as a hospital outpatient or within the CCAC program of services, appropriateness of the home setting, and willingness and ability of family and other persons to provide care (Ministry of Health 2001).

Using government funds, and following government guidelines and policies regarding requests for proposals, the CCACs are also responsible for purchasing and contracting services, medical supplies and equipment from available providers for any amount exceeding $100,000. This arrangement represents a major instance of public funding of private services in the Ontario health care system. CCACs contract out services in the following areas: professional services (e.g., nursing care, physiotherapy, occupational therapy, speech and language therapy, palliative care, dietetic services, social work), personal support services (e.g., bathing, dressing, meal preparation and feeding), and homemaking and other social services

(e.g., cleaning and laundry, transportation to and from medical appointments, health care equipment). They then arrange for these services to reach individuals requiring home care.

Both not-for-profit and for-profit agencies compete for available tenders. Indeed, the previous non-profit agencies could not retain all the contracts. The Ministry of Health and Long-Term Care has stated that decisions are based primarily on quality issues rather than price issues (an 80/20 ratio) (OHC 2001b: 3). In March 1999, however, the Ontario Home Health Providers' Association noted that "at present, there is no articulated process in the [competitive bidding] document to determine how each provider arrived at the price/quality structures for services." Moreover, the request for proposal process is extremely time consuming, with preparation costs ranging from $10,000 to $20,000 (Browne 2000: 103). This substantially undermines the ability of not-for-profits to compete for available contracts. Significantly, under this system even foreign-owned, for-profit firms are eligible to compete (Ministry of Health 1996: 3-4). Armstrong and Armstrong (2001: 181) have argued that within such a model, it would even be possible for "virtually the entire home care service contract to go to a single, foreign-owned operation."

Moreover, the increasing presence of these companies has translated into a significant shift in the number of registered nurses (RNs) and registered practical nurses (RPNs) moving to for-profit companies from not-for-profit organizations. As an example, in 1995 there were 2,933,735 not-for-profit RN visiting nurses; in 2000 this number dropped to 2,552,400. In comparison, in 1995 there were 360,898 for-profit RNs; by 2000 this number had risen to 1,709,188 (White 2002c). Indeed, it has been reported that an increasing number of U.S.-based for-profit health care companies are bidding on available requests for proposals in the home care sector in Ontario.

Overall, the system is based on a competitive model, and is intended to ensure flexibility, choice and cost effectiveness (Williams et al. 1999). The government's objective in this regard is best quality and best price. The Ontario government has publicly stated that its priority is to ensure that people across the province receive high-quality home care services. In the 2000–2001 fiscal year, the government spent $1.14 billion on home care services and provided care to approximately 500,000 clients (White 2002c). Despite this stated intention, in the 2001–2002 fiscal year, the provincial government announced a funding freeze that cut millions from CCAC budgets, reportedly leaving them $175 million short of what they needed to meet demand (OHC 2001c). Consequently, across the province a range of services have been cut or reduced including homemaking services and personal support. According to the Ontario Association of Community Care Access Centres (OACCAC), data from the Ministry show that on March 31, 1999 there were 11,255 persons across the province waiting for services (OHC 2001b).

In addition, the government introduced Bill 130 (*Community Access Corporations Act, 2001*) to ensure service standards including training and client assessment across the province. Under this Act, many changes have been made to CCACs. They are now statutory corporations. Community membership in the CCACs has been eliminated and directors appointed by the provincial government have replaced elected boards. There are no specific requirements for

representation on these newly appointed boards. Moreover, the government has created community advisory councils, but these only involve CCAC partners, such as hospitals, community service organizations and long-term facilities in service co-ordination. The public only has access to annual reports of the CCACs. Other information (e.g., who is receiving government money and how it is being spent) is only released as deemed "necessary to the public interest." The CCACs are exempt from freedom of information legislation with much of the information defined as necessarily secret to protect the bidding process.

Home Care in British Columbia

As early as 1991, the Seaton Commission in British Columbia proposed a "closer-to-home" theme for health care restructuring; care for patients was transferred away from institutions and moved into the community, including homes. Home care in British Columbia refers to services in the home for the elderly or otherwise disabled individuals and their families. Home care is available on a short- or long-term basis. Short-term care is available for those suffering from illness, injury or surgery. Long-term care may include care for those suffering from chronic conditions or disabilities, and those requiring assistance with daily living activities. British Columbia also provides an extensive palliative home care program.

There are two important pieces of legislation that inform the regulation of the home care system in British Columbia. The *Continuing Care Act* addresses residential and home care. It requires health authorities to enter an agreement so the service provider is eligible for funding from the health authority for the provision of designated continuing care services. This agreement outlines the overall respective responsibilities of the health authority and service provider with respect to designated continuing care services, and it documents the terms and conditions of receiving health authority funding (British Columbia 2000). Continuing care consists of the long-term care, home nursing and community rehabilitation programs. Together, these programs integrate the social and medical health services for all eligible clients. The *Employment Standards Act* sets minimum standards for wages and terms of employment for most workers in British Columbia.

The Ministry of Health Services provides health funding to the five health authorities. They are charged with assessing community needs and resources, planning and administering acute care, residential care facilities, and community health services and resources, developing priorities and allocations of resources within their geographic area, and developing and monitoring adherence to health standards and provincial legislation. Health authorities are, in turn, responsible for funding their continuing care programs, which are charged with the actual delivery of home care services.

Regionalization began in 1996–1997, with the introduction of the Better Teamwork Better Care initiative. In 1997, for instance, the province had 11 regional health boards, 34 community health councils and seven community health service societies, referred to as "health authorities." These were responsible for health planning, policy development and service delivery. In December 2001, new structural changes were introduced. Currently, British Columbia has five regional health authorities, 15 health service delivery areas and one provincial health service authority.

The following services are available through the health authorities and delivered via the continuing care programs in British Columbia.

- **Assessment and Case Management:** Intake and screening, initial assessment, program planning, service authorization, monitoring, evaluation follow-up and reassessment.
- **Community Home Care:** Community home care nursing (comprehensive care available seven days a week, up to 24 hours a day) and community rehabilitation (consultation, occupational therapy and psychotherapy treatment services).
- **Home Support Services:** Provide respite for family caregivers, support services to assist with activities of daily living and meal programs when deemed necessary.

According to the Ministry of Health Services, home support services are intended to:

- assist clients to live in their own homes as long as it is practical and in the best interests of the client and family;
- supplement, but not replace, the care provided by families, other paid caregivers and communities;
- promote the independence and well-being of clients, their families and other unpaid caregivers; and
- provide respite to the family member or other unpaid caregiver ordinarily caring for the person in the person's home.

Home supports are a component of community-based services. Services vary between health authorities. Health authorities are expected to work collaboratively with community stakeholders, as well as with clients, caregivers and their advocacy organizations in the planning, development, operation and co-ordination of community support services. Examples include meal shopping and home maintenance programs, hospice volunteers, and volunteer drivers and visitors (British Columbia 2000).

The health authorities take responsibility for assessment and case management. In general, publicly financed home care services can be delivered by public agencies, such as the regional health authorities, charitable organizations or for-profit businesses (Pollak 2000). Health authorities are expected to be accountable to the Ministry of Health Services, which sets policy and guidelines for all such services regardless of whether they are delivered by non-profit or for-profit organizations.

Case managers who work in the continuing care programs assess, co-ordinate and manage cases. British Columbia does, however, categorize clients as those requiring community home care and home support. Home support is available to those aged 19 and older while persons of all ages are eligible for community home care nursing. Community home care nursing also includes acute and palliative care, in addition to any chronic care needed. Some community and continuing care services, such as home care nursing and preventive nursing

services (deemed medical) are free; many other services, such as home support, have user fees and/or stringent eligibility criteria.

Eligibility requirements for available services vary from case to case. However, for home support, eligibility is based on age as well as health status (chronic illness for a minimum of three months) and service needs, residency (one year for personal/intermediate care, three months for extended care) and citizenship. For example, you have to be a Canadian citizen, or landed immigrant, residing in British Columbia (for at least 12 consecutive months prior) to make an application for personal care/intermediate care, and alternatively after two months for extended care. Client care needs are assessed at different levels, taking into consideration health and service requirements. These levels range from personal care (pc), intermediate care (IC 1, 2 and 3) and extended care (EC).

Personal assistance and housekeeping are provided when required. Personal assistance includes tasks, which may be performed by a home support worker, which assist a client with personal care or activities of daily living, and specific nursing and rehabilitation tasks, such as mobilization, nutrition, lifts and transfer, bathing and grooming. Housekeeping covers the minimum tasks required to maintain a safe and supportive environment for a client including cleaning, laundry and meal preparation and, in rare cases, transportation or shopping. Home maintenance is not included in housekeeping.

Service authorization is based on an assessment of the client's health and functional status and the availability of family and other community supports. By 1999, local health authorities had all but eliminated care for clients assessed as having less serious needs, such as help with cooking, cleaning, laundry, shopping and getting to medical appointments (Vogel et al. 2000: 32). Thus home supports are typically provided to clients who also are eligible for community home care nursing. Some clients, however, are still receiving bathing services in their homes. As Vogel et al. (2000: 31) have noted: "A person's entitlement to public home care is now based on a narrow idea of medical risk (usually of hospitalization) rather than on a well-rounded criteria of prevention and health maintenance."

Moreover, an income testing system exists in British Columbia. Eligible care recipients are required to pay a "client rate" for home services. A client rate is calculated by multiplying the client's income (as defined in the *Continuing Care Act* Regulations) by 0.00138889. In practice, payment is more commonly based on a sliding scale. User fees apply to home support services and are based on an income test. Currently, approximately 30 percent of care recipients pay user fees for such services.

For the 2002–2003 fiscal year, The Ministry of Health Services allocated $508 million to community care and $1 153 billion to residential care. In 2000–2001, there were about 118,310 clients receiving care: 35,450 residential care clients and 82,869 community support clients (Joudin personal communication 2002).

On June 3, 2002, the British Columbia Ministry of Health Services implemented a new policy that expanded the criteria of caregivers eligible to receive financial compensation to include some types of family members. Previously, the provincial government did not

provide payments to individuals in familial relationships with those for whom they provided care.

According to the B.C. government, this policy change is intended to better enable recipients of care to increase their options when selecting a caregiver, and establishes greater consistency across the range of government programs. To ensure acceptable quality of care, the family member must adhere to established standards and requirements, and effort is made to make all parties aware of the risks that accompany financially compensating a family member in exchange for caring services. The health authority is responsible for these aspects of the program.

Not every family member is eligible to receive compensation. If the relative resides with the care recipient, or is a parent, child or spouse (regardless of living arrangements), payment cannot be made. These restrictions are somewhat flexible in recognition of factors and circumstances that may limit the selection of a caregiver. Exceptions may be made on the basis of rural location, behavioural problems, and cultural and language barriers.

A report by the B.C. government (2002), entitled *Public Funds, Family Commitment: A Review of Government Policy Concerning Public Compensation to Family Caregivers in British Columbia*, outlines some significant considerations with respect to the payment of family caregivers. The report explains that expanding the number of potential caregivers in British Columbia, as well as providing caregivers with an emotional connection to the recipient, is advantageous. It also makes reference to potential drawbacks. These include the potential transfer of funds away from the individual requiring care, the vested interest of a family in keeping a care recipient dependent, vulnerability to abuse and the difficulty of training family caregivers. Furthermore, it notes that the lack of knowledge with respect to how sustainable the program is could drain funds.

Despite the compensation available to a limited number of family caregivers, there is evidence that further cuts to home care services are planned as part of a general policy of retrenchment underway in British Columbia. There have been some fundamental shifts in the hospital industry that may eventually occur in the home care sector. For example, hospital support workers are rapidly being privatized as hospitals in British Columbia contract out for these services, and these are being shown to have negative effects on women (Cohen 2001).

Table 3 compares home care programs in Ontario and British Columbia.

Table 3: Comparisons Between Home Care Programs in Ontario and British Columbia

	Ontario	British Columbia
Legislation	*Long Term Care Act, 1994* (Bill 173) *Long Term Care Statute Amendment Act* (Bill 101)	*Continuing Care Act*
Relevant legislation	*Health Insurance Act* *Corporations Act* *Homemaker Nurses Services Act* *Ontario Drug Benefit Act* *Health Care Consent Act*	*Employment Standards Act*
Service delivery model	Single entry Competitive managed contracts	Single entry
Service providers	Mix of for-profit and not-for-profit	Internally provided by continuing care programs. Mix of for-profit and not-for-profit
Assessment	No standardized assessment	Long-term care 1 (LTC1) assessment form
Care level assignments	No care level assignments	Personal care; intermediate care 1, 2, 3; extended care
Service cost	None	Income-tested
Caring for the caregiver	Respite care	Respite care

Table 4 gives an overview of what is known about the formal home care labour force in British Columbia and Ontario. Although gender breakdowns are available, no information on race or ethnicity was found.

Analysis

A number of general observations have been made about the state of home care services in Canada over the last decade. Between 1995 and 2000, there was an increase of 140 percent in the number of people receiving home care (CHCA 2002). And yet the over one million Canadians now receiving home care are facing shortages in services, and their caregivers are faced with providing increasingly complex care in the home, which often requires expensive equipment and supplies (CHCA 2002). Not surprisingly, in his recommendations Romanow (2002: xxxi) argued that "the first step is to establish a national platform of services that would be available to Canadians in all parts of the country under the same terms and conditions." Because all reform in health takes place within a globalized context, it is imperative that it is understood how current provincial home care programs are already affected and what constraints there may be for future reforms stemming from trade agreements, such as NAFTA and GATS.

Table 4: Formal Home Care Labour Force, Ontario and British Columbia

Number of Home Care Workers	Duties	Salary/Wages	Benefits and Union Membership	Gender
Ontario				
Approximately 43,000 workers are employed in some facet of home care services. The Ontario Home Health Care Providers' Association oversees approximately 30,000 employees. The Ontario Community Support Association oversees approximately 13,000 employees.	RNs provide direct health care services. RPNs provide supplementary care under the supervision of physicians and registered nurses. Personal support workers (PSWs) provide ancilliary services in a patient's home that enable the patient to continue living independently. Duties largely involve personal care, but may extend to homemaking tasks.	Home care RNs earn approximately $20.00 per hour. Home care RPNs earn approximately $13.50 per hour. Home care PSWs earn approximately $10.60 to $11.04 per hour.	Unionized home care workers may receive benefits in their contracts negotiated with private employers and Ontario CCACs. Benefits may include dental and eye care plans, reduced work weeks, improved schedules and vacation time. May be self-employed.	99 percent of home caregivers are female.
British Columbia				
Approximately 882 RNs provide social services including home care. Approximately 528 licensed practical nurses (LPNs) provide social services including home care. Approximately 11,925 visiting homemakers, housekeepers, and home aides are employed in health services.	RNs provide direct health care services. LPNs provide supplementary health care services for patients. Visiting homemakers, housekeepers and related workers provide ancillary services in patients' homes. Responsibilities may include cleaning, shopping and personal care.	RNs earn, on average, $34,200 per annum or $21.00 to $30.00 per hour depending on experience and union membership. LPNs earn, on average, $26,100 per annum or $18.35 to $19.03 per hour depending on experience and union membership. Visiting homemakers, housekeepers and related workers earn, on average, $16,000 per annum.	Benefits are generally contingent on union membership. Bargaining power of unions enables some nurses to receive higher wages and benefits. May be self-employed.	95 percent of RNs are female. 91 percent of LPNs are female. 91 percent of visiting homemakers, housekeepers, and related workers are female.

Sources:
BC and Canada (2000); OACCAC et al. (2000); OCSA (2000a); OHHCPA (2000).

The Current Status of Home Care under International Trade Agreements

Reservations and Exemptions

NAFTA and GATS contain specific reservations and exemptions intended to protect Canada' health care system. Under NAFTA, the Annex II Reservation states that "Canada reserves the right to adopt or maintain any measure with respect to the provision of public

law enforcement and correctional services, and the following services to the extent that they are social services established or maintained for *a public purpose*: income security or insurance, social security or insurance, social welfare, public education, public training, health and child care" (emphasis added).

From Canada's perspective, health is protected under NAFTA, because it is considered a service established and maintained for a public purpose. However, U.S. trade officials have argued that, "where commercial services exist, that sector no longer constitutes a social service for a public purpose" (Evans et al. 2000). This may undermine the protection of our health care system under which there is already some private services and an increase in public–private partnerships in provinces like Ontario, Alberta and British Columbia. Despite the potential threats, the fact remains that there have not been any challenges to Canada's NAFTA position on health services or any instance of using NAFTA to gain entry to the Canadian health services sector.

The implication of the Annex II reservation is that it potentially puts at risk services (i.e., hospital support services, nursing, lab services, etc.) that are beginning to be contracted out, but still retain a significant amount of the service in the public sector. It also exposes services not currently covered by the *Canada Health Act* to further privatization (e.g., home care). Susan Joekes and Ann Weston (1994) expressed concern about the inclusion in NAFTA of various health services, because this may increase pressure on Canadian federal and provincial governments to privatize the health sector. Expanding on this, Boliz et al. (1999) suggested that one key issue regarding access to health care under NAFTA are the potential loopholes in the Agreement that might reinstate financial barriers to access and thus threaten Canada's publicly funded system.

GATS applies to all services except those provided in the exercise of *governmental authority* as defined in article 1.3. Article 1.3 (b) states that all services are covered by the agreement "except services supplied in the exercise of governmental authority" and in paragraph (c) these are defined as "any service, which is supplied neither on a commercial basis, nor in competition with one or more service suppliers." The terms "on a commercial basis" and "in competition" are left undefined.

The WHO and WTO (2002: 119) have conceded that an exact definition is not known, because there has not been a dispute on the matter and that "while WTO Member governments could seek clarification within the current GATS negotiations, they have not yet expressed the need to do so." As one trade expert we interviewed commented:

> *I am very uncomfortable that Canada does not have a very clear exclusion for its most cherished social program, because the more convoluted and difficult your argument is, the more chances that you will lose before a trade panel* (Interview, 2002).

In addition to article 1.3, article XIV allows for exceptions to GATS if governments can meet certain defined criteria. The exception related to health is article XIV (b), which states that members are entitled to take any measure *necessary* to protect "human, animal, or plant life or

health," regardless of their obligations under the Agreement. While in theory this may provide protection for health policies, in practice it may not. The WTO Secretariat and WHO have both acknowledged that health policies may be challenged by affected countries if they feel these measures impose unwarranted restrictions on trade in services (WHO and WTO 2002). Indeed, as Lipson (2001: 3) argued, "in practice, WTO jurisprudence (and GATT rulings that preceded the WTO) indicate that to employ such an exemption, the measures would be subject to a narrow interpretation of what is 'necessary' to protect health." *Necessary* might be interpreted as what is least trade restrictive rather than what may best protect or promote health.

In both NAFTA and GATS, the wording of the reservation and exemption does not take into account Canada's mixed public–private health care system. Because the *Canada Health Act* does not cover home care and because in many jurisdictions there is a substantive presence of private not-for-profit and for-profit companies operating in competition or on a commercial basis, home care is not included in NAFTA and GATS reservations and exemptions (Epps 2001; Sanger 2001). As a result, it may be concluded that as currently structured, home care is subject to both agreements.

National Treatment and Most Favoured Nation Clauses

In the case of NAFTA, home care is subject to national treatment and the investment provisions of the agreement. National treatment (1102 (1) and (2)) states: "each Party shall accord its investors of any other Party no less favourable treatment than that it accords, in like circumstances, to its own investors with respect to the establishment, acquisition, expansion, management, conduct, operation, and sale or other disposition of investments." In the home care sector, national treatment could prohibit favouring a not-for-profit provider over a for-profit provider. It also could affect the ability of the Canadian government to regulate health services, especially if regulations are interpreted as creating disadvantages for foreign health providers. In addition, home care may also be subject to the most favoured nation clauses (1103 and 1203), which necessitates that Canada (including the provinces/territories) must provide NAFTA investors with treatment no less favourable than it extends in like circumstances to the same from any other country.

According to one key informant, in terms of GATS, there are two levels of vulnerability:

> *The extent to which home care services are subject to the general rules of the GATS, and the extent to which home care is subject to other rules as laid out in Canada's schedules.*

Without doubt, there are real challenges for examining home care vis-à-vis GATS, because of its ambiguous classification system. In terms of GATS, home care is not listed explicitly as a separate service in the classification used to make commitments. However, health services associated with home care are, and 26 WTO members including the EU and Mexico have included home care related services within their specific country commitments (Sanger 2001). Health related home care services are not listed in Canada's schedule and are thus not subject to the GATS national treatment and market access rules (Sanger 2001).

Despite not being specifically listed in Canada's country schedule, home care services are nevertheless subject to the general obligation of GATS, specifically the most favoured nation provision (CCPA 2002). GATS article II, most favoured nation applies across all service sectors (except those shielded by article 1.3) regardless of whether they have been included in a member's schedule of commitments and states: "With respect to any measure covered in this Agreement, each Member shall accord immediately and unconditionally to services and service suppliers of any other member treatment no less favourable than that it accords to like services and service suppliers of any other company." This obligates countries not to discriminate among foreign suppliers by offering more privileges or rights to some but not to others. In practice most favoured nation "allows all home care providers to claim a right to the most advantageous deal given to any single foreign-based providers" (Sanger 2001: 99). Further, once a foreign-owned corporation has used NAFTA to gain access to public health funding, the GATS most favoured nation rule would allow all foreign corporations to claim access to the Canadian market and to argue for the same level of public subsidy (Sanger 2001).

Complicating the analysis is the fact that home care covers an array of services. These include health care services but also extend to a range of social and living supports. Delivery of these services is under the jurisdiction of a variety of departments and ministries, ranging form health and social services to health and community services, as in the case of both Ontario and British Columbia. Just as the exemptions in trade agreements are inadequate to protect the Canadian health care system, given its public–private mix of services, they also do not cover the range of services required in an area, such as home care.

Taking GATS as an example, health care services relating to home care may be exempt from country sector-specific commitments. Indeed, Canada has explicitly excluded nursing, physiotherapy, nutritionists and occupational therapy from its GATS commitments.[16] According to the Registered Nurses Association of Ontario, however, the recent rounds of GATS negotiations includes requests that restrictions regarding these services should be relaxed and that foreign companies (with foreign majority ownership) should be allowed to provide these services.[17] Here, it is important to point out that in the GATS classification system these types of services are grouped as professional services in the business sector rather than in the health care sector. This of course further undermines their protection as public health services, because they are distinguished from the category of hospitals, community clinics and other health care services (Sanger 2001). It may therefore be more difficult for the Canadian government to argue that they are a public health service and therefore protected under the governmental authority clause of GATS. As one respondent put it:

> *The way you classify a service, that is, what sector it is said to come under will determine whether or not and how you liberalized it. So it may get liberalized inadvertently under something else, or it may be separately identified to make it easier to liberalize.*

At the same time, building cleaning and food preparation, which may be interpreted to cover social and living support services in the home care sector, have been listed and are therefore subject to GATS national treatment (article XVII). National treatment applies only to those

services listed by countries in their GATS schedule. National treatment requires treating foreign suppliers of like services no less favourably than domestic suppliers. This significantly limits the ability of national governments to decide on the best health care service providers in a particular area or region. For example, national treatment would prevent governments from favouring not-for-profit community-based services over foreign corporations providing the same service. Arguably, local not-for-profit organizations with specific connections to a given community, may be better suited to deliver services such as home care (Key informant interview, 2003).

National treatment also has implications for support services by restricting the ability of hospitals and regional health authorities to contract their services (e.g., food preparation, laundry and cleaning) out only to national organizations or companies. That is, regulations that require local food production may be challenged. Under GATS, foreign companies must be provided with the same opportunities to compete in the market.

Building cleaning and food preparation may also be subject to market access (article XVI). Under market access, a range of restrictions (e.g., limits to the number of service suppliers and the number of people employed, quotas regarding the total value of services, and restrictions on the type of legal entity) are prohibited. On this point a trade expert commented:

> *In areas where you have made specific commitments, [GATS] prohibits certain types of policies...so whether they are non-discriminatory or not and this is where I think trade agreements really overstep their bounds.... Certain types of what they call quantitative restrictions, which basically limit the number of service providers are just prohibited outright whether or not they are discriminatory* (Interview, 2002).

As an example, under full market access commitments, governments cannot maintain exclusive service suppliers for a service, or specify the kind of legal entity — profit or non-profit — that supplies a service. These restrictions are important measures for controlling the costs of, and ensuring access to, publicly funded services (Sanger 2001). Market access therefore has implications for health insurance, specifically the ability to prevent escalating costs and the ability to expand medicare (Sanger 2001). Further, GATS rules restricting monopolies (article VIII.4) might prevent medicare from expanding to include services like home care.

Building cleaning and food preparation, which are integral to health, have been made subject to GATS. So even if the Canadian government is shielding domestic health care services, this does not ensure that trade may not creep into other areas that are key determinants of health. Kickbusch and de Leeuw (1999: 286) explained, "even as countries defend their internal sovereignty over health care policy they are losing sovereignty over policies related to health determinants."

Potential Trade Constraints on Home Care Reform

Given the parameters of NAFTA and GATS, what then is the likelihood that Canada will face a trade challenge if policy changes to home care are attempted? Two recently proposed possibilities include the recommendation put forward by the Romanow Commission to expand medicare to include home care as a cost-sharing program and what has been agreed to under the Accord on Health Care Renewal (2003) — increasing federal funding for a targeted expansion of publicly financed provincial home care programs and services. While the Romanow recommendation has not been taken up, it still remains a viable future policy option.

Each policy change is possible under current trade rules, but unless contained within the parameters of the public system, either could trigger a NAFTA compensation claim or a GATS challenge.

At present a NAFTA threat is more direct. Two key provisions not subject to reservations include expropriation and compensation (article 1110 (1) and minimum standard of treatment 1501(1)).[18] The expropriation and compensation provision states:

> No Party may directly or indirectly nationalize or expropriate an investment of an investor of another Party within its territory or take a measure tantamount to nationalization or expropriation of such an investment, except: for a public purpose, on a non-discriminatory basis, in accordance with due process or law and Article 1105; and on payment of compensation in accordance with paragraphs 2 through 6.

This section limits the ability of Canada to nationalize an area or expropriate the business of foreign health insurers who have already entered the Canadian market (Epps and Flood 2001, 2003). It "significantly affects the ability to expand the public component of Canada's health care system" (Johnson 2002: 7). This provision is most controversial, because it makes it difficult for governments to retreat from policies of economic liberalization or privatization.

According to this article, corporations can challenge governments directly and demand monetary compensation through NAFTA's dispute resolution mechanism. Under this provision, investors can demand compensation for measures that restrict private, for-profit provision of health care services (including the expansion of medicare). So, for example, if the Canadian government wanted to expand the *Canada Health Act* to encompass home care, and provinces (who would want to get their transfer payment money from the federal government) decided not to renew contracts with foreign private companies (most likely for-profit), they could be opening themselves to a NAFTA challenge by those companies.

The NAFTA threat was explained effectively by a key informant:

> *NAFTA is a worse threat than the GATS, because the investor can bring the dispute directly and it results in monetary damages. NAFTA trade dispute panels have a lot of discretion regarding what kind of monetary damages they can ask for.*

The degree of risk depends on whether private economic interests adversely affected by such policy changes are significant. Otherwise, as Johnson has argued (2002: 31), the challenge or claim may, in fact, be both limited and manageable. It is therefore important to examine both the funding and delivery of home care services. Specifically, this includes the following.

- To what extent are private for-profit providers/insurers already operating in the Canadian health care system and in home care in particular? Such an analysis includes taking into account the extent to which home care is seen as a growing market for private foreign investors.

- How may foreign commercial providers be adversely affected by policy changes in home care?

- What are the gendered effects and potential gendered effects of the increased involvement of private, for-profit insurers and providers of home care on the quality of home care services, all of its associated services and on health care workers?

It is also important to keep in mind that even if home care is not a huge market at the moment, it is steadily growing. As one respondent put it:

> *It is important from a policy perspective, to look down the road at the potential dangers and vulnerabilities.*

Numerous people interviewed for the study shared this view.

Background

Before examining the funding and delivery of home care in Canada against NAFTA and GATS, it is important to situate the economic significance of home care. As one of our key informants questioned:

> *How much money is there to be made in home care? Is it really a priority for foreign companies?*

Industry Canada sees home health care as an "area of strength" for attracting foreign investors, particularly because there are an increasing number of affluent, older citizens with chronic health conditions (Industry Canada 2000). Senior trade officials in the United States are on record as saying: "The United States is of the view that commercial opportunities exist along the entire spectrum of health and social care facilities, including hospitals, outpatient facilities, clinics, nursing homes, assisted living arrangements, and services provided in the home" (Kuttner 1999: 666).

According to Chanda (2001: 59), "US companies in health care and in ancillary services are increasingly looking at entering foreign markets given reforms of state run health care systems and moves towards managed private care in many countries." Indeed, as one respondent noted:

> *With respect to the health care market, the US expansion of multi-nations usually targets the Canadian market first. With manufacturing, this was the case.*

The HMO industry of the United States, known for its vertical integration of health care services, has also shown interest in Canada. Home care, in particular chronic illness management, could be lucrative enough to be included in this industry's basket of health services. This was emphasized by a key informant.

> *It could be the case that domiciliary, community-based care becomes part of the package of the HMO industry.*

Funding for Home Care Services: The Presence of Private Insurers

Although provincial governments provide funding for certain home care services, individuals and the insurance industry are also key players. There is a steady rise in the number of people who pay directly out of their own pocket for services. Individuals may obtain private insurance, because they are not eligible for public home care services, they do not want to submit to home care assessments or because services that are available through the public system are inadequate (Health Canada 1999b).

As noted earlier, Ontario funds professional services, personal support services, homemaking and other social services. There is however, a cap on the maximum level of service clients can access. In many cases, there are user fees associated with accessing community support services. It has also been estimated that approximately 50 percent of people in need of home care must purchase much of the care they need privately or must rely on the unpaid work of family and friends (Browne 2000). In comparison, British Columbia provides comprehensive professional home care for up to 24 hours a day, seven days a week.

At the same time, home support services in British Columbia and to a similar extent in Ontario (e.g., respite, services to assist with daily living activities and meal preparation) have user fees and stringent eligibility requirements. In 1999, health authorities eliminated assistance with cleaning, cooking and laundry for these clients deemed to have "less serious" health needs. These services now have to be purchased privately for those clients, creating two tiers in the home care system.

As a result of the kind of decrease in public health services evidenced in home care, the presence of private insurers has increased in Canada. Currently, 39 of 140 private insurers operating in Canada are American-based, 10 are European (Epps and Flood 2003). It is estimated that these private insurers receive between $860 million and $2.5 billion in private health premiums (CCPA 2002). At present, more than 20 million Canadians have private

insurance. In British Columbia, 68 percent of the population has such insurance while in Ontario, the figure is slightly lower at 58 percent (CLHIA 2001).

Private insurance covers a variety of benefits including nursing/caregiving in the home. Home care insurance is intended for those between the ages of 40 and 80 and targeted to middle to higher income earners who are preretirement age. A typical basic package costs approximately $130 a month over 20 years and entitles the bearer to $50 in home care services for a lifetime maximum of $75,000 (Fuller 2001). Many insurers are also selling group health insurance sponsored by employers for home care benefits.

While the overall market in home care insurance at the moment is modest, it is growing. For example, there are a significant number of private for-profit long-term care (including home care) insurers in British Columbia and Ontario. British Columbia-based companies include Zlotnick, Lamb and Company, Dave P. Financial, Cheap Life Insurance Canada Insurance Services, S&V Planning Corporation and Equinox Financial Group. On its Web site for example, Zlotnick, Lamb and Company advertises long-term care insurance in the following manner.

> Finally...we have a solution – ...Available for decades in the U.S., this coverage has recently been made available to Canadians – and just in time. Long Term Care Insurance covers the expenses of long-term care, either in your own home, or a facility, for periods ranging from a few years to lifetime coverage. If you are between the ages of 30 and 80, you can apply for coverage, and the benefits payable range from $10 per day to $300 – tax free (McNaughton 2003).

Ontario-based companies include Clarica, RBC Insurance, Manulife Financial, Canada Life, Citadel General Insurance Company, Empire Financial Group, Liberty Health, Sun Life Financial, UnumProvident, The Rite Path and PennCorp Canada. Many of these Ontario-based insurers also have offices in British Columbia. Other noteworthy companies include Federated Insurance (Winnipeg head office; Ontario and British Columbia regionals), Maritime Life (Halifax head office; Ontario and British Columbia regionals), Standard Life (Montréal head office; Ontario and British Columbia regionals) and Hughes Trustco Group (Montréal head office; serves all provinces).

Coyte (2000) has projected that the current private spending on home care of $0.7 billion in 2000–2001 will swell by almost 80 percent in the next 20 years, because of demographic changes. This may certainly make the home care market increasingly attractive to foreign investors. In addition, there is some evidence that Canadians are becoming increasingly interested in long-term insurance. In an Ispos-Reid poll conducted on behalf of RBC Insurance in 2002, it was found that only 12 percent of Canadians have long-term care insurance. However, 33 percent of those who did not have the insurance, reported being interested in hearing more about it from a financial advisor (Ipsos-Reid 2002).

Expanding the *Canada Health Act* or bringing aspects of home care under the public purse (as would be the case in both Ontario and British Columbia under the 2003 Accord on Health Care Renewal) may take away the current and potential market share of some of these companies. An affected company may interpret shrinking the private insurance market and setting the rules for what patients can be charged as "indirect expropriation of its business and projected future profits" (Epps 2001: 119, 141). In response, it is possible that a private insurance company could undertake a NAFTA Chapter 11 challenge using the expropriation and compensation provision.

Indeed, the Romanow Commission (2002: 238) concluded that if we want to expand the range of services in the public system (e.g., home care), it is better to do it now while there is still very little foreign presence in health care in Canada, and the potential costs of compensation are low. It is thus conceivable that "one or more U.S. insurers would seek compensation through NAFTA should the Canadian market be closed to them as a result of reform" (Epps and Flood 2003: 37). In terms of the NAFTA threat, "a successful claim would not prevent Canada from extending Medicare, but would make it more expensive to do so"(CCPA 2002: 26).

Under GATS, an attempt to extend medicare to include home care would be most affected by the monopolies provision (article VIII), which could deter governments from directly providing home care services that were covered by private insurers. Article VIII of GATS would require the Canadian government to notify the Council for Trade in Services that it proposes to grant monopoly rights to the government for certain health services. In addition, VIII.4 also may require that Canada negotiate compensation with affected WTO countries whose private insurance providers of home care services are affected by the reform (CCPA 2002). In the case of GATS, the areas that would be of most concern are building cleaning and food preparation as these have been explicitly listed in Canada's schedule of country commitments.

As Epps correctly noted (2001: 113), "as long as US and/or other foreign insurers are active in the Canadian market, the GATS monopolies provision and the NAFTA expropriation provisions may ensure their presence in the Canadian market to the detriment of any proposed reforms to implement national, publicly funded insurance in areas such as home care." Extending medicare's coverage can be seen as directly causing private insurers to lose a share in the home care market and related future profits. These losses in turn may be seen to require some form of compensation. Although it does not preclude making necessary or desirable policy changes, the presence of foreign private insurers already in Canada has to be taken into account when considering medicare reform. This was not the case prior to the implementation of either NAFTA or GATS (CCPA 2002, Epps 2001).

Finally, more attention needs to be paid to the apparent contradiction in Canada's position regarding private insurance. On the one hand, Canada already has life and health insurance companies in over 20 different countries (Finance Canada 2001) and intends to further expand this service export. On the other hand, it seeks to retain the power to protect its own health care system from foreign companies by restricting their presence in the Canadian

market. Indeed, this was raised by a number of key respondents in our study. As one expert explained:

> *I was always struck by the inconsistency when Canada put health insurance under financial services as a way to get access to foreign markets while at the same time claiming to want to protect the public system in Canada.*

This may not be a tenable position over the long run, especially given the commitment of all WTO member countries to further liberalizing trade in services under GATS.

Delivery of Home Care

With the exception of Manitoba, most home care is privately delivered. Privately owned companies, however, are varied. They can be not-for-profit or for-profit. For the most part, home care delivery nationally has been dominated by not-for-profit organizations, such as the Victorian Order of Nurses and the Red Cross. The not-for-profit sector is distinct in its broad public purpose orientation, commitment to public accountability and transparency, and advocacy on behalf of clients and patients (Fuller 2001).

Some private for-profit companies are small operators specializing in a particular locale. Others are Canadian-based companies, and then there are a number of large, American-based commercial home care providers (e.g., publicly traded multinational companies). These include, for example, Caremark, Olsten/Gentiva and others that are partially owned by international investors like Extendicare and Dynacare (Armstrong 2001). In recent years, there has been a marked increase in the use of contracting out of publicly funded services to private-for-profit entities (Epps 2001).

In terms of private investment in home care delivery, cross-border investment is more significant than cross-border trade (e.g., telecommunications and information technologies such as telehealth in home care) (CCPA 2002). However, that is not to say that telehealth will not grow in importance. Ontario for example, is experimenting with the smart home care robot, which replaces home visits with surveillance and monitoring. Forms of telehealth have been identified by both Industry Canada (2000) and the Standing Committee on Foreign Affairs and International Trade (1999) as a growing sector which may make the Canadian market attractive to foreign investors.

For the time being, cross-border investment (i.e., foreign-owned companies currently operating within Canada) presents the more immediate concern for home care reform in the context of international trade agreements.

If the government extends home care coverage and in the process, wants to restrict the number of home care providers, NAFTA expropriation provisions would allow foreign for-profit companies to bring forward a claim for compensation. The claim would be based on the argument that they, as a private provider, stand to suffer a range of losses as a result of this policy reform in home care. The losses claimed may include exclusion from the home care market and reduced profits as a result of lost market share. In terms of GATS, potential

challenges would likely stem from specific building cleaning and housekeeping commitments Canada has made.

Publicly Funded and Privately Delivered

Ninety-three percent of private home care agencies in Canada receive some form of public funding, and 50 percent receive all their funding from public sources (MacAdam 2000). For example, CCACs in Ontario contract out a range of services to private companies. In 1999, for instance, 20 nursing contracts were given by 18 CCACs, 52 percent went to for-profit agencies, 40 percent of therapy contracts went to for-profit agencies and 80 percent of equipment contracts were awarded to for-profit agencies (Sutherland 2001). It has been estimated that $42 million per year of public money is paid out in profit to private owners (e.g., Comcare Health Services, Para-Med Health Services, Olsten Health Services) and to shareholders of for-profit companies (OHC 2001b).

British Columbia has been identified as a desirable market by a number of private for-profit providers (Fuller 2001). In the Fraser Health Authority, one of British Columbia's five health authorities, there is a mix of private for-profit, private not-for-profit and public providers that reflect this interest.[19] Private agencies (accept private clients, may contract with the health authority) include:

- Para-Med Health Services;
- We Care Home Health Services;
- Bayshore Home Support;
- Helping Hands Agency Ltd;
- Comcare, Pacific Rehabilitation;
- Drake Medox Health Care Services; and
- Gentiva Health Services.

In comparison, public or private not-for-profit agencies include:

- Abbotsford Community Services;
- Fraser Cheam Home Support Service Society;
- Burnaby Community Home Support Services Association;
- Simon Fraser Home Support Association;
- Ridge-Meadows Home Support Service Society;
- Delta Home Support Service Society;
- Langley Home Support Service Society;
- Surrey and White Rock Home Support Association;
- West Coast Health Care Services Limited;
- Richmond Health Services Home Support;

- Greater Vancouver Community Services Society;
- St. James Home Support Services;
- Vancouver Community Home Support Services Association;
- Greater Vancouver Home Support Society;
- Bella Coola Home Support;
- Home Support NSHR;
- Powell River and District Home Support Society;
- Sunshine Coast Home Support Society; and
- Howe Sound Home Support Service Society.

For-profit home care service delivery is becoming increasingly linked to other activities relating to the pharmaceutical industry and commercial medical equipment. As an example, there is some evidence that home care companies such as Comcare and Bayshore Health Group (formerly Olsten) are contracting with pharmaceutical companies to recruit and monitor clients in clinical drug trials (Fuller 2001). Drug trials required for the approval of new drugs are essential prerequisites in the lucrative pharmaceutical industry. Removal of home care as an accessible site for these trials may be seen as undermining market access. Home medical equipment has also been identified as another path into the home care sector (Fuller 2001). Fuller also noted (2001: 20) that the U.S. State Department estimated the 1998 value of Canada's medical equipment market, which includes equipment for home care, to be about US$1.1 billion.

If at some point, governments wanted to place restrictions on how home care services can be delivered (e.g., publicly or exclusively by not-for-profits), this may be seen as violating national treatment provisions of both agreements in addition to market access under GATS (especially if Canada decided to extend GATS coverage of home care by directly listing home care or reclassifying home care under the terms of the agreement). Both NAFTA and GATS could prohibit favouring domestic not-for-profit providers of services in all aspects of the government procurement practices (Fuller 2001).[20]

Governments may no longer be able to take, for instance, an established record of providing home care services into account when awarding contracts. Because not-for-profits have historically relied on specialized funding arrangements with provincial authorities where such considerations were key, competitive tendering processes, which are open to both for-profit and not-for-profits, place not-for-profits at a disadvantage and threaten their very existence.

In addition, in the bidding process itself, non-profit organizations find it difficult to compete with for-profit organizations. One key informant explained:

> *In Ontario, the Victorian Order of Nurses began to lose contracts (as did other non-profits), because they did not have the internal resources to participate competitively in tendering.*

Their inability to compete is not due to their inability to provide care but rather, because many transnational companies can direct superior resources to the process of winning bids or they simply bid low for the purposes of outbidding their competitor (Browne 2000). As another one of our respondents noted:

> *Companies can afford to take these losses in the hopes that they will make money later. Home care is also a launching pad for other services, such as clinical trials for drugs, which are lucrative.*

Arguably, governments are restricted in their ability to make reform in health, because the agreements can undermine governments' abilities to provide public funding only to not-for-profit home care providers. According to Sanger (2001: 99), "these restrictions would limit the ability of governments to provide publicly funded home care services in the most cost-effective manner."

If we take Ontario, the expansion of the *Canada Health Act* may displace commercial home care providers who already have a strong presence in the province's managed care system. This would occur for example, if the government as a public provider took over direct provision of services currently being offered by these companies or wanted to award them to not-for-profits. Some analysts have maintained that "where commercially provided services are displaced by direct public provision, the government would be assuming an obligation to provide those services and there would be no taking of property for the benefit of government" (CCPA 2002: 34). Given the general ambiguity in wording of the agreements, this, however, may not necessarily be the case in home care. Sanger (2001: 106) pointed out that "another WTO member country could charge that public provision of home care constitutes an extension of a government monopoly to a service which was part of the commercial home care market covered by Canada's specific commitments." Market access prohibits limitations on the number of providers that could operate to deliver these specific services. These impediments also raise serious concerns about the ability of governments to regulate health care services under both NAFTA and GATS.

Regulation and Home Care

One argument that is made for why for-profit delivery does not undermine the public nature of the Canadian health care system is that governments have strong regulatory powers. Regulation takes on a number of different forms. These can include measures that inhibit the establishment or operation of a service business by applying some form of screening or registration process on foreign investors, restricting the level or share of foreign membership, and requiring case by case assessment of the merits of foreign firms (Epps 2001). Regulation often determines qualification and licensing requirements as well as technical standards. Qualification requirements refer to matters, such as professional accreditation and educational requirement. The term "licensing requirements" covers

professional licensing. Finally, technical standards extend to the rules according to which a service is performed (Epps and Flood 2001; Sinclair 2000).

According to the United States International Trade Commission, the foremost obstacle to increasing trade in health is the existence of strong regulatory controls in foreign health systems, such as in Canada (Luther 1999). Since 1999, the GATS Working Party on Domestic Regulation has been examining how regulatory measures can be limited to what is "least trade restrictive" or "not more burdensome than necessary to ensure the quality of service" (article VI.4). David Luff (2002), in a paper prepared for the OECD, outlined a number of measures that could be construed as "more burdensome than necessary." These include obliging health professionals to provide access for all patients, restricting fees for service, cancelling licences of doctors /facilities for non-compliance with licensing conditions, and requiring hospitals or physicians to operate on a non-profit basis. A trade expert in our study commented:

> *My concern about [domestic regulations] is that in the abstract there is always a less trade restrictive means to accomplish a particular policy end* (Interview, 2002).

Indeed, as Dean O'Hare, Chair of the Coalition of Service Industries, has stated (1999): "In order to pursue meaningful services negotiations, WTO members will have to consider making adjustments to their regulatory regimes." O'Hare's position is consistent with an international trade philosophy and priorities that seek to eliminate what are perceived as unfair "behind-the border" rules that impede services trade. An example of what is considered unnecessarily burdensome may be current regulations in Canada that ensure universal access to services (Luff 2002). This of course includes medicare and any proposed expansion of what is covered by the public purse, such as home care and how it should be delivered.

The CCPA (2002: x) has put forward the argument that "practical considerations suggest that trade provisions are unlikely to significantly constrain reforms to the regulation of home care service delivery, but could make some changes more difficult to reverse." According to the CCPA, regulations encompass direct public provision, competitive tendering and partnership with non-profit providers. At the same time, the Registered Nurses Association of Ontario has argued that current negotiations regarding domestic regulatory disciplines under GATS negatively affect the ability to sustain and enhance Canadian medicare. They refer to the recent U.S. proposal that calls for the adoption of GATS disciplines on transparency in domestic regulation services. They quote the U.K. government that has concluded that such a proposal "would give foreign governments, and perhaps businesses, a legal right under the GATS to be consulted on national regulation proposals (U.K. 2003a: 56).

Changes to GATS regulatory provisions may also undermine the ability of the B.C. government to maintain the terms and conditions for home care outlined in its *Continuing Care Act* and *Employment Standards Act*, if these are deemed unfairly restrictive to trade. In addition, legislation that directed the health minister to "ensure…that health services in

British Columbia continue to be provided on a predominantly not for profit basis" (*Health Authorities Act*, RSBC 1996, 1 3 Provincial Standards) may also be interpreted as unfairly favouring domestic not-for-profit providers.

Ontario's *Community Access Corporations Act, 2001* that ensures service standards across the province may also be challenged. The province may be greatly diminished in its ability to uphold other service agreements and regulations that govern home care and, in particular, regulate its current competitive tendering process. When Ontario changed to a managed competition system, it extended specific protection to not-for-profits in the initial bidding processes.[21] Under the terms of NAFTA and GATS, this type of favoured treatment might not be allowed for Canadian not-for-profit providers over foreign for-profit providers. Currently, requests for proposals in the area of home care services require bidders to be familiar with a particular community and its services. Again, this requirement may also be challenged as "more burdensome than necessary" by a foreign for-profit provider outside the Province of Ontario.

The reduction of risks associated with trade in health and the involvement of private actors depends on the very ability to enforce effective regulatory frameworks (Marconini 1998; WHO and WTO 2002). And, regulation is increasingly shaped by commitments arising from international agreements making it more difficult for governments to prioritize domestic policy objectives (Hart 1998). Koivusalo and Rowson (2000: 185) claimed that, "regulations and standards intended to ensure the quality and safety of health services will increasingly be established on an internationally agreed basis. This means that governments, when framing policy, setting standards and drafting legislation will have to take account of the international context."

NAFTA and GATS may also impede the ability to set eligibility requirements for certification and licensing (e.g., certification requirements for service providers). This may affect Canadian standards for certification of professional and technical people involved in health care. In addition, trade barriers in services are often perceived to be licensing and certification requirements that could affect competition between domestic and foreign suppliers by treating them on an unequal basis (Epps 2001), especially when labour is treated as a tradable commodity. Pressures to "harmonize downward" licensing requirements could endanger the health of the Canadian public (RNAO 2003). Arguably, there is a synergistic relationship between policy means and ends, and this is where trade agreements become most relevant and potentially most disruptive. Not surprisingly, a key informant stressed that we need to ask:

> *What kind of regulatory environment do we want for home care?*

One might add to this question: What kind of regulatory environment may be possible under the terms of trade agreements?

An example from the United States illustrates how regulations in nursing homes might be diminished if they are seen as costly. In 2001, Congress rolled back legal requirements to reduce workplace injuries, usually sustained through heavy lifting, because employers

complained that the rules "required burdensome and costly changes, and many questioned the science behind ergonomics" (Strope 2003: 1). Recently, occupational safety and health administration guidelines have been reintroduced to mitigate against growing ergonomics-related injuries, most often sustained by health service workers, which account for a third of the 1.7 million job injuries annually (Strope 2003). However, pressures from the business sector have meant that these new requirements are "advisory in nature and informational in context. They are not a *new standard or regulation and impose no new legal requirements*" (emphasis added) (Strope 2003: 1).

General and Gendered Effects of Policy Flexibility Constraints

Whether the desire is to expand the *Canada Health Act* or establish national standards for certain home care services as has been agreed to under the Accord on Health Care Renewal 2003, both NAFTA and GATS reduce policy flexibility. As one Canadian health and trade policy expert put it:

> *If you are attempting to expand the system, well then you need to continue an ongoing dialogue...you must continually ask yourself: "Are there any limitations?"* (2003).

Reduced policy flexibility in terms of expanding the public health care system may also solidify and increase the presence of foreign investment and for-profit delivery of home care across the country.

Increased privatization of the health care system has definitive effects in the public provision of home care services. Evidence suggests that the quality of the public system is eroded under these circumstances (Armstrong et al. 2002). In the words of one of our international experts on globalization:

> *Changing the ways that home care is delivered, changes the quality of care. Profit maximizing is about the cheapest labour and minimal work per patient. Trade should not circumvent the ability to set appropriate standards for health care delivery or the ability to monitor these with the right kinds of indicators.*

In the case of the home care sector, gender asymmetries associated with failed policy changes to increase public funding and set national standards in home care delivery are substantial. At the most general level, barriers to implementing national standards for home care mean the current patchwork of home care services and programs would continue. Home care is affected by the province/territory in which one resides. Each province determines the basket of home care services that are available. Standards for home care eligibility requirements are different, and costs to the caregiver and patient vary. In many jurisdictions, user fees are part of support services for home care. Service limits mean that only those with the financial wherewithal are able to purchase needed services and respite. There is ample evidence that women get less care than they need compared to men and that they have fewer resources to pay for such care (Greaves et al. 1999).

Second, increased privatization leads to higher costs to the public including extra costs for government to administer contracting processes, monitor work and evaluate performance of for-profit providers. There is less public accountability and increased opportunities for corruption in the delivery of home care services. For example, Olsten (which has now changed its name) operating in Ontario, recently paid $61 million to the United States Department of Justice for criminal violations in their U.S. home care billings (Sutherland 2001). In addition, there may be fewer possibilities for citizen engagement that are key to informed health policy and decision-making processes.

Higher costs in service delivery may also be experienced along with a loss of continuity of care. When Manitoba experimented with Olsten in the mid-90s, after one year it found that not only was for-profit delivery more expensive, quality was endangered (Shapiro 1997; Vogel et al. 2000). In particular, clients who had used Olsten reported a constant turnover in staff with "different persons coming to the door all the time" (Fuller 2001: 49), thereby undermining continuity of care. Moreover, it was later determined that Olsten home care workers visited clients half as many times as their public home support agency counterparts (Price Waterhouse Coopers 1998). In the final analysis, "it was determined that home care could be better provided and more efficiently by government employees than by contracting to private agencies" (Sanger 2001: 106).

In Ontario, the introduction of managed competition and more foreign private investment has resulted in service duplications, staff inefficiencies, excess administration and profit making, a loss of public control over standards, diminished access, less efficiency, and lower quality of life for patients and caregivers (Browne 2000; OHCb 2001; Sutherland 2001). Highlighting the costs of the system of managed competition, Sutherland (2001) concluded that if the competitive bidding system was dismantled, $247.4 million of the home care budget would be available directly for patient care.

Indeed, there are marked differences in how for-profit and not-for-profit companies deliver patient care. Typically, for-profits institute strict guidelines for patient care including time allocations per patient. Good patient care, however, is based on individual assessments and individual patient needs. Not only do these types of guidelines compromise patient health, home care workers are forced into seeing more patients in less time with fewer resources. This impacts directly on the quality of patient care and in the long run, continuity of care.

Changes to home care services that constrict public funding and delivery of home care also affect accessibility to services for both care recipients and informal caregivers. With the de-listing of services and increased presence of private providers, affordable home care is more difficult to find. As services get cut, more and more of the costs of health care are paid by individuals and their families. User fees create barriers for women, because of their socio-economic position in society (CEDAW 2003). In Ontario, for example, it has been reported that the group with the most unmet caring needs under the system of managed competition is women (Browne 2000).

When cutbacks occur, patients and clients who are able to afford it buy supplemental care from private companies that provide insurance and delivery of service. Private insurers often

target those who have financial resources and provide services that have the best prospects for profit. In a two-tiered system, the private system is geared typically toward providing superior services for individuals with higher disposable incomes, and the public tier is relegated to providing basic services for those with lower incomes, including women (Blacklock 2000). Private insurers also have the ability to turn down coverage to people who are perceived to be a high risk (Epps 2001). Moreover, because the national treatment principle prohibits regulations that discriminate against foreign insurers, governments may have difficulties regulating the private insurance industry in an attempt to circumvent these inequitable outcomes.

Additionally, women are less likely to have supplemental care benefits provided in the workplace (Armstrong et al. 2001). The current gender gap in supplementary medical insurance also demonstrates that if there was increased privatization of home care services, women would have less access to these through private insurance plans. Presently, only 47.3 percent of women vs. 58.9 percent of men have supplementary medical insurance (Fuller 2001). In British Columbia, residents are already required to pay premiums to access the public health care system.

Women find private insurance for home care services more difficult to afford because overall, women have lower incomes than men and are more likely to live in poverty, especially older women and Aboriginal women (Lochhead and Scott 2000). This is not altogether surprising given that the cost of long-term care has been estimated at approximately $3,000 to $5,000 a month (CEDAW 2003). Home care costs about $30 to $38 an hour for an RN or auxiliary nurse and $14 to $19 for a medical services aid (Insurance Canada 2003). Such costs are beyond the income of most Canadian women whose income is on average $23,796 (Statistics Canada 2000a). Aboriginal women have an average annual income of $14,640 (Statistics Canada 2000a), and the majority of elderly Canadian women do not have pensions from their paid work (Statistics Canada 2000a).

As a result, the substantial socio-economic costs and consequences for caregivers and care recipients would rise. Reducing access to public services would increase the caregiving burden of women. In the last decade, health reforms have resulted in more hours of unpaid work for the mainly female informal caregivers and fewer hours of paid work for formal providers (Armstrong et al. 2003). Already, research has shown that for informal caregivers, caregiving has substantial personal, health, economic and employment-related costs and consequences. While many women want to care and are rewarded by the experience of caregiving, there are inadequate resources and a general lack of choice when it comes to undertaking this work (Armstrong et al. 2003; Greaves et al. 2002). Any further retrenchment in the services and programs currently available will only increase the gendered burdens of caregiving.

A decrease in supports and resources to informal caregivers may also increase health care costs due to related injuries and illnesses. This can further strain the health care system and even spill over into other sectors including social services and social assistance. An increased caregiver burden can further impact women's personal lives and career goals

(Canadian Study of Health and Aging Working Group 1994), including multiple role conflict that female caregivers already report (Higgins et al 1994, Lowe 1989, Neal et al 1993, Simon 1995).

Third, increased unpaid caregiving would further shape patterns of employment. Caregiving has been shown to interfere with the work environment in terms of absenteeism, increased sick days, more irregular hours and the use of work time for caregiving activities (Parent et al. 2001). Fast et al. (2001) estimated that women caregivers who relinquish their paid employment for unpaid labour may give up between $15,000 and $26,000 annually in income. These employment disruptions and financial consequences can only be expected to worsen.

Almost all those providing formal home care are women, and thus changes in working conditions resulting from privatization mean changes for women. When working for private for-profit companies, formal caregivers experience a decrease in wages, benefits and job security, all important determinants of health (Browne 2000). According to a key informant:

> *As it [home care] is becoming more corporatized, the wages of home care providers and home support workers are going down, and they are really going down... especially in certain areas, I would say in Ontario but if you look in other regions like the Maritimes where people are earning six or seven dollars an hour it's outrageous.*

Formal caregivers are pushed to work harder and faster, with less control over the care they provide (Fuller 2001). In turn, they experience higher levels of stress, leading to work absenteeism and health related ailments. Stress on the job is a well-established cause of a variety of serious ailments such as heart disease and cancer, especially for women (Bosma et al. 1997). In addition, workers are often paid less and, in turn, jeopardize the skills, training and expertise of health care staff in the home care industry. Workers also report a lack of a team approach to care, stress and high turnover rates, and decreased continuity of care for patients (Sutherland 2001).

In Ontario for example, the managed competition system has resulted in specific difficulties related to recruitment and retention. Some of these difficulties are due to the increased wage disparities between hospital and home care workers. For example, as a result of the competitive bidding process for home care in Ontario, wages for home nurses have dropped between three and thirteen percent (Lowry 2002). In turn, this may also jeopardize patient safety (Fuller 2003). Undermining the positive benefits of non-profit services also has implications for social cohesion and social equality (Vogel 2000).

Lower wages and poorer working conditions also extend to women who provide home care support services. Women, new immigrants and people from minority cultures perform the bulk of this labour. National treatment and market access may necessitate the further privatization in this sector and will create a new underclass of health workers who have less job security, fewer benefits and lower levels of remuneration. In particular, licensing requirements, qualifications and other standards may be compromised.

The opening of home care support services (e.g., cleaning and food preparation) to foreign markets ignores the typically higher costs of privatized services and the potential for degradation in service quality (Fuller 2001; Cohen 2001). These types of support services are essential determinants of the health of people in both hospitals and homes. This has been demonstrated in the province of British Columbia where the elimination of housekeeping services for those with a disability and the frail elderly have has occurred (Pollack 2000). In addition, when Hollander (2002) compared two regions in Canada (one that had eliminated housecleaning and the other that had maintained such services) he found that the region that had made the cut was paying $4,000 more on health care per person for those affected by the cuts.

Further, the gains that women health care workers have made could be compromised as standards would tend to drop and health care jobs de-skilled. For example, in Canada privatization of hospital services (food preparation, cleaning, etc.) is taking place, and these jobs are being equated with jobs in the hospitality industry despite the fact that they are critical to the health and well-being of hospital patients (Armstrong et al. 2003; Cohen 2001).

In the end, the lack of flexibility to make policy changes to expand public home care may lead to further privatization and increase the inequities of gendered care work. As one of our gender and trade specialists explained:

> *The impact on women will be negative. If profit is the aim, then quality and quantity will suffer, and wages will go down. No holidays, little status. And what will happen when individuals can't pay for these services or government just decides that they won't? Will people just get sick and die sooner? Responsibility will fall on relatives and neighbours and church groups. Of course, these will mainly be women.*

The potentially different impact of increased caregiving on women needs to be adequately acknowledged in trade and health policy and planning. And under the terms of both NAFTA and GATS, it would be difficult to reverse these trends or indeed decisions (e.g., the introduction of managed competition in Ontario) that led to such trends in the first place (CCPA 2002). It may well be that experimentations in public–private partnerships may eventually cause Canada to be locked into the mechanisms of GATS (Sexton 2001) pitting government interests against corporate interests.

Lessons from Other Jurisdictions

In general, for-profit health care has been linked to higher negative health outcomes, and higher morbidity and mortality rates (Deber 2002). Studies from the United States and Britain have demonstrated that for-profit providers are less efficient, effective or accountable, have lower staff-to-patient ratios, put less money into patient services, and experience higher levels of quality deficiencies (Harrington et al. 2001; Himmelstein et al. 1999). The U.S. system has been referred to as the most "expensive, ineffective, [and] inequitable system in the industrialized world"(Relman 2002).

In the 1990s, non-profit HMOs in the United States spent approximately 90 percent of premium income on payments for their members' health in comparison to the 68 to 76 percent spent by for-profit companies (Fuller 2001). In addition, a study published in the *Journal of the American Medical Association* in 1999 found that for-profits scored lower on 14 quality measures than their non-profit counterparts (Himmelstein et al. 1999).

When for-profit hospitals and not-for-profit hospitals are compared, for-profits are consistently found to provide inferior levels of care. In a study of 15,000 patients published in the *Journal of General Internal Medicine* (Thomas et al. 2000), it was found that those cared for in for-profit hospitals were at least twice as likely to suffer complications following surgery or delays in diagnosing and treating an ailment. After undertaking a systematic analysis of U.S. for-profit and not-for-profit hospitals, Devereaux et al. (2002) concluded that if Canada moved toward a for-profit system, Canadians could expect about 2,000 more in-hospital deaths annually.

In a recent study of 13,693 nursing homes in the United States published in the *American Journal of Public Health*, it was determined that for-profit nursing homes were found to be almost twice as deficient in terms of quality of care than their non-profit competitors. Quality of care was found to be linked to lower staffing levels by licensed nurses and nurses' aides (Harrington et al. 2001). According to Meyer (1997) in 1993, for-profit home care companies in the United States offered an average of 18 visits annually compared to 46 visits for public and not-for-profit providers.

Commenting on the for-profit health care industry in the United States, Kuttner (1999: 665) concluded, "in an industry driven by investor owned companies, the original promise of managed care — a greater efficiency in the use of available resources and greater integration of prevention and treatment services — has often degenerated into mere avoidance of cost." This can lead to reduced or compromised health services that impact negatively on the health of recipients. Avoidance of costs is not cost effective if health is compromised and there are resulting health care expenditures. Privatization and promotion of trade in health services can therefore lead to "less effective, costlier and inequitable health systems" (Koivusalo and Rowson 2000: 185).

Conclusion

Our national health system is being inextricably linked with globalization and trade agreements. All levels of government, whether developing policy, establishing standards or drafting legislation, have to consider this international context (Koivusalo and Rowson 2000). As a direct consequence, they are restricted in their freedom to set domestic policies in health. So while most Canadians may want a publicly funded home care system, there is decreased policy flexibility in health created by NAFTA and GATS. The potential effects, as outlined here, would be experienced differently across the Canadian population.

Specifically, gender inequities would be particularly acute for Canadian women who are the majority of the unpaid and paid caregivers, and who would most benefit from home care reform and more publicly funded home care services. The preliminary analysis demonstrates the need for a systematic gender-based analysis to inform policy decision making in the area of trade agreements and the Canadian health care system.

5. RECOMMENDATIONS

A useful framework for categorizing the recommendations emerging from this report is adapted from the work of Walt and Gibson (1994) and enjoined with a GBA analysis. In their work on health in the context of globalization they recommend four components of policy that need to be analyzed.

- Policy actors (Who makes policy?)
- Policy process (What forms of interaction and relationships determine policy?)
- Policy context (What are the broad factors influencing globalization?)
- Policy content (What are the substantive or content issues that are on the health policy agenda?)

Policy Actors

- Internationally, there needs to be further consultations and research collaborations between the World Trade Organization and the World Health Organization to ensure a balance between trade interests and public health priorities. These collaborations must include policy specialists in the areas of gender and women's health.
- Internationally, there should be improved collaborations between women's groups and social justice NGOs interested in the health and gender dimensions of trade policies.
- Canada should partner with other countries similarly concerned with women's health and with protecting their public health care systems and other social services.
- Nationally, in addition to the key actors currently involved in determining trade policy with respect to health (e.g., DFAIT, Health Canada and the Medical and Health Care Products and Services SAGIT), we need to include gender specialists for example, from Status of Women Canada and the Women's Health Bureau within Health Canada. These specialists should be consistently and meaningfully involved in developing trade policy. This point was underscored by an international expert in gender and globalization.

  > *It is very rare for people to be considering the intersections of women, trade and health. There are few people looking at this area* (2002).

- There should be a greater pluralism of policy actors that encompass the state, the private sector and civil society. In particular, there should be a cross-representation of groups and organizations with a range of expertise in women's, health policy, social inequality, labour issues, gender, diversity and globalization.

- Mechanisms for citizen engagement should be expanded and strengthened, especially to facilitate the involvement of women who are most affected by the health care system. As the majority of consumers and health care workers, women have particular expertise that can inform health policy.

Policy Process

Transparency

- Improve transparency of trade negotiations including all country bids and offers. Presently, "negotiations…lack the transparency required for a balanced incorporation of civil society's views and have been strongly influenced by specific industries and commercial interests" (Ranson et al. 2002: 36). A health and trade policy expert that we interviewed added:

> *It is generally said that past practice and, to a very large extent, current practices are controlled by trade insiders, that is, by the trade department at the WTO and by trade ministries in member states. It is a hermetically sealed activity* (2003).

- Promote participation of a wide range of women's stakeholder groups including oppositional voices at the trade-negotiating table.

- Improve transparency in trade dispute resolutions. In January 2003, Canada proposed that the panel and appellate body hearings of the WTO be open to the public.

- DFAIT and the intergovernment process should clearly articulate and make visible the mechanisms used to involve women, women's organizations, and provincial and federal ministries responsible for women's issues and, in particular, women's health.

Accountability

- Carefully assess the impact, including a gendered social impact analysis, on the health care system of each and every health-related trade commitment Canada undertakes in future negotiations. A health and trade policy expert we interviewed said:

> *One thing to ask is the extent to which there is accountability at home, and how the trade agreements are tested. This is crucial, because they are not [tested]. Once agreed to at the WTO, these agreements are presented to parliament without a chance to debate or amend them. There is no parliamentary scrutiny whatsoever.*

  Both the pros and cons of trade liberalization must be fully understood before decisions are made.

- Recognize and use the existing evidence showing that trade liberalization of services disproportionately affects women and continue to study trade agreements for their impact on public services. Arguments for increased trade liberalization and privatization

often rest on the false assumption that economic growth is synonymous with improved health care and health care access, and innovative exchanges of health care technology and expertise can only occur under a privatized system. Evidence already exists to illustrate that privatization erodes health care and labour standards, further ghettoizes already marginalized women workers and puts the health of populations, especially women and children, at risk.

- Expand the evidence base to recognize the evidence put forward by feminist researchers arising from gender-based and gendered social impact analyses.

- Improve communication and information sharing with women's organizations, health associations, unions and other relevant bodies. Recently, the RNAO (2003: 7) stated "that organizations such as ours that would be in a position to advise the government... are being denied the information that would permit us to provide this advice."

- Increase information through various forms of dissemination about trade agreements for Canadian citizens. An internationally renowned globalization and trade expert who we interviewed said:

> *Freedom of information must be strengthened. This is particularly important because we can't vote out international trade players who are in a sense very remote. There must be media coverage and a strong public awareness of what is happening* (2003).

Autonomy of the State

> *The social policy power of nations is being shaped by the international architecture of trade* (Globalization expert, interview 2002).

- As indicated in the above quote, there is a need for improved national autonomy to balance trade with a publicly funded health care system. The degree to which this is possible was questioned by one international trade expert who cautioned:

> *Whatever Canada says, [in terms of trade commitments in health] is not finally up to them; it is dependent on the judgment of the WTO dispute panel* (2002).

Policy Context

- Balance trade interests with women's human rights, social justice and human development priorities. Organizations such as the United Nations (e.g., UNIFEM) and the International Labour Organization need to play a more integral role in trade negotiations.

- Ensure adequate flexibility within trade agreements to allow for health system divergences among WTO member countries. Canada needs to be able to set policy, appropriate regulations and provide subsidies for the delivery of a publicly funded health care system. Further, Canada must have the power to expand its publicly funded health care system.

- Ensure adequate flexibility to change or alter trade commitments without the threat of trade concessions or financial compensation.

- There needs to be greater understanding and accommodation of the inequities caused by economic globalization and its impact on women and other specific population groups and individuals.

- Hold the Canadian government to its national and international commitments to global gender equity (e.g., the *Canadian Charter of Rights and Freedoms* (1982), the *Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, the *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women* (CEDAW) (1979). Status of Women Canada could play a key role in training related to gender mainstreaming in the context of trade agreements.

- All levels of government in Canada must be cognizant of the implications of their policy decisions. Experimentation with public–private partnerships puts services currently protected under the *Canada Health Act* at risk. Moreover, any further privatization of service delivery may leave governments unable to expand the *Canada Health Act* or include more services under the public purse.

Policy Content

- The trade agreement language needs to be clarified especially with respect to what is considered a "service for a public purpose" and "governmental authority." A leading health and trade expert indicated:

  > *The GATS agreements were kept deliberately vague to get agreement from member countries. The general feeling is that it won't be amended but it really does need to be* (2002).

  Indeed, the wording in the agreements is very broad and does not necessarily respond to the public–private composition of the Canadian health care system.

- The Canadian government must safeguard all services in the public sector. One way of doing this with respect to GATS is to reinterpret or amend GATS article I.3 to be "self-defining"; that is, governments should be allowed to exclude what they want in order to strengthen the public system (modelled after the security clause in GATS article 14). A trade and health expert emphasized:

  > *With respect to article I.3, what is included is not entirely up to member governments. It is determined by section I.3 around which there is a great deal of confusion. No one can positively say what the wording means* (2002).

  With respect to NAFTA, Annex II must be interpreted to include all public services regardless of whether they are publicly or privately delivered/financed.

- Protect the *Canada Health Act*. A gender and health care expert explained:

  > *As for opening up the Canada Health Act, I say no... in part because... trade agreements [might put] the Act in question* (2003).

- Make a clear and consistent declaration of what is subject to international trade agreements and what is protected. A Canadian trade expert emphasized:

  > *We need to be clear what Canada's goals are. In the past, we were not clear enough — not aware enough. Whenever governments implement any new programs in health [e.g., home care] they need to make it clear that it is for a PUBLIC PURPOSE.*

- The current protection of our health care system is achieved via exceptions and reservations in NAFTA and GATS rather than being part of the rules of the agreements. This should be changed, because the apparent hierarchy of rules over exceptions (Ouellet 2002) may place Canada in the position of being reactive rather than proactive in terms of protecting the current health care system. In commenting on the government's delineation for health, an expert on globalization commented:

  > *The government carve-out is weak in terms of health; [it] would be better to have the same protection as currently exists for national security* (Interview, 2002).

Next Steps: An Agenda for Research

Trade is becoming increasingly complex and multi-faceted. Without proper analyses, specifically, gender-based analyses, the constraints of trade agreements may continue to encroach on the Canadian health care system. The effects will most likely be experienced most keenly by women and across socio-economic groups in society.

Monitoring and Evaluation

Recently, the federal government accepted the recommendation of the Standing Committee on Foreign Affairs and International Trade (2002) to "undertake, and render public, an examination of the impact of Canada's existing commitments under the GATS on the effective provision by Canadian governments of health, education, and social services and on the regulatory structure affecting them." Such research is particularly important as Canada continues with subsequent rounds of trade negotiations.

It is not enough to examine the relationship between Canada's current trade commitments and the ability to set domestic health policies. Monitoring and evaluation must also include a consideration of how trade and trade treaties affect the health status and health determining conditions of the entire population, particularly those who tend to be most directly affected by social policy changes (e.g., populations identified by gender, class, race, ethnicity).

Research on women specifically could be derived from questions proposed by the WHO (2002) in its attempt to assess GATS and trade in health services. Appropriate questions would include the following.

- Where does a foreign commercial presence occur?
- What are the effects of a foreign commercial presence on health services and women?
- What are the broader social, economic and environmental effects of increased trade in services for women?
- How are governments' ability to meet public health goals and fulfill their responsibilities to women in the health sector affected by international trade agreements?

Specific gendered indicators must be identified for measuring such effects, be they positive or negative. A gendered social impact analysis framework, with its specific focus on the distributional impact of policy reforms on women, can play a critical role.

With respect to the health sector, there are virtually no empirical studies on the gendered impacts on equity, access or quality in Canada resulting from trade in health services. What is required is solid evidence that illustrates the actual effects of trade liberalization on Canadian society and the distributional effects on marginalized and vulnerable population groups including women. Integral to this is a better understanding of the strengths and limitations of existing gender-based and social impact analyses frameworks as well as the relationship between the two.

According to Women's Edge (2002) and its model for a gendered social impact analysis, key questions for research that would inform a comprehensive gendered impact analysis of trade agreements such as NAFTA and GATS should include the following.

- At what rate are services in health being traded across the four modes outlined in GATS?
- How are trade agreements affecting governments' regulatory abilities to create healthier social and environmental conditions, especially those influencing the burden of disease for women?
- Have there been changes in provision of public health services? How have these affected women's consumption of these services?
- Have user fees been introduced? If so, is this affecting the ability of women to access health care services?
- How do the changes in public services affect key indicators of welfare and well-being across the population and for women specifically?

- Has employment for women expanded or contracted in the public sector? Have labour standards eroded?

To answer these questions the following is needed

- data that would show changes in the provision of public health services,
- expenditures per capita and per relevant populations, specifically women,
- data on user fees within the health care system,
- health indicators including mortality, reproductive health, child health and welfare, education and poverty statistics disaggregated by sex and gender,
- changing patterns and conditions of women's work including paid and unpaid work,
- changes in women's wages, and
- household survey data

Trade and Human Rights Analysis

Recently, The UN Sub-Commission on the Promotion and Protection of Human Rights (August 2001) passed a resolution that recognizes the potential human rights implications of liberalizing trade in services through GATS (Spieldoch 2001). Indeed, the relationship between trade agreements and human rights needs to be closely interrogated. One research direction would consider the possible interactions between particular trade agreements and domestic laws and international covenants that protect women's rights and equality. For example, one could consider how trade agreements interface with Canadian national laws and international conventions (e.g., the *Canadian Charter of Rights and Freedoms* (1982), the *Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, the *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women* (CEDAW) (1979). As White (2002: 6) correctly noted: "Trade rules should be constrained and bound by existing international trade agreements that promote human rights and women's rights, ecological sustainability, human dignity, and life."

Conclusion

The challenge of balancing the benefits of trade with considerations of women's health and well-being will continue to be a pressing policy issue. As Sen (1999) reminded us, good health is not simply a product of economic improvement; it depends on the quality of health policies and health investments. The Canadian government will need to continue to seek out ways to plan, co-ordinate and manage health policy within the globalized context without compromising what is considered Canada's most important social policy — health. A publicly funded health care system is a defining characteristic of Canadians' sense of national identity and citizenship. It is also integral to the promotion of women's health and gender equity rights more specifically. Sarah Sexton (2001: 60) put it best when she stated, "human rights [including the right to health] and public health policies are indispensable. Trade policies, however, are negotiable."

APPENDIX A: TRADE AGREEMENTS AND WOMEN'S HEALTH SELECTED ANNOTATIONS

Globalization and Trade Agreements

Cameron, D R. and J.G. Stein. 2002. *Street Protests and Fantasy Parks: Globalization, Culture and the State*. Vancouver: University of British Columbia Press.

This book focusses on two dimensions of globalization: the cultural and social realities of global connection and the shifting role of the state. While global processes are fusing societies and economies more deeply than ever before, the editors argue that obituaries for the state are premature, if not wholly inappropriate. These essays examine a series of compelling case studies — the entertainment industry, citizenship, social activism and wired communication — to assess the choices states have and the consequences of those choices for culture and society.

Hart, M. 2002. *A Trading Nation: Canadian Trade Policy from Colonialism to Globalization*. Vancouver: University of British Columbia Press.

Taking the view that to understand the present and better prepare for the future, we must first comprehend the past, the author guides readers through more than three centuries of Canadian trade history. This narrative explains how Canadians, who currently enjoy one of the highest standards of living in the world, have largely come to accept that a country that derives much of its wealth from international commerce has much to gain from an open, well-ordered international economy. The author argues that close attention to trade and related economic policy choices is crucial if Canada intends to adapt to the challenges of the new, globalized economy.

Khor, M. 2001. *Rethinking Globalization: Critical Issues and Policy Choices*. London: Zed Books.

This book explains what economic globalization means in trade, finance and investment. It shows how globalization is not increasing economic growth in most countries, or reducing inequality and poverty. The book criticizes Western governments for their undemocratic domination of the international policy process. It refutes the one size fits all policy prescriptions of the World Bank, International Monetary Fund and World Trade Organization on developing countries and argues that these countries must be allowed to decide when and how to open their economies to the global system.

McBride, S. 2001. *Paradigm Shift: Globalization and the Canadian State*. Halifax: Fernwood Publishing.

The author argues that an overwhelming upsurge of public debate now surrounds the idea of globalization. Many of the key issues involving globalization are hotly debated: what it is, how new it is, whether it is an inevitable force or a political construction by powerful states and what, if any, alternatives might exist. The author evaluates this debate through a Canadian lens, and by placing Canada at the forefront of his analysis. The book looks at the history of Canadian involvement with globalism and examines the strategies for managing Canadian interaction with global forces.

Sauvé, P. and R.M. Stern (eds.) 2000. *GATS 2000: New Directions in Trade Services Liberalization*. Washington, D.C.: Brookings Institution.

This book examines the services that account for more than 70 percent of production and employment in advanced industrial societies, and the services of many of the world's developing economies, which are fast approaching that same level. With the negotiation of the General Agreement on Trade in Services (GATS), policies affecting access to, and conditions of competition in, service markets are today firmly rooted in the multilateral trading system. Written with policy makers and practitioners in mind, the essays in this volume address many of the most pressing questions arising in services trade today, some of which did not confront the first generation of GATS negotiators. The book aims to inform the key policy- and rule-making choices that both developed and developing country members of the World Trade Organization will need to make as they resume negotiations under GATS.

Sinclair, S. 2000. *GATS: How the World Trade Organization's "Services" Negotiations Threaten Democracy*. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives.

The author argues that negotiations behind closed doors are expanding the General Agreement on Trade in Services (GATS). He explains that the ultimate goal is to commercialize every service sector in every World Trade Organization (WTO) country, including essential services, such as health care, education and drinking water. Regulations that protect the environment and consumers will also be threatened. This book holds up the WTO's services agreement to the light of public scrutiny. It explains the meaning and intent of technical treaty clauses in understandable terms.

Shrybman, S. 2001. *The World Trade Organization: A Citizen's Guide*. Second Edition. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives.

This book analyzes the scope and influence of the World Trade Organization (WTO). The author shows how the WTO is using its extraordinary powers to force governments, including Canada's, to change their policies to cater to corporate interests. Canada has already felt the impact of WTO rulings, most recently when our policy on split-run magazines was challenged. The author explains how the key trade, investment and intellectual property agreements enforced by the WTO threaten our culture, environmental and labour standards, and our sovereignty itself.

International Trade and Health Care

Adams, O. and C. Kinnon. 1998. "A Public Health Perspective." *International Trade in Health Services: A Development Perspective*. Edited by S. Zarilli and C. Kinnon. Geneva, United Nations Committee on Trade and Development/World Health Organization. 35-50.

This article examines trade in services as a rapidly growing activity that is opening up new possibilities in the health sector. Although it is difficult to quantify the volume of such trade for lack of consistent, disaggregated data, there is growing awareness of its potential for both developing and industrial countries. In a generalized context of rising health care costs, coupled with a growing trend to reduce public spending in the social sectors, the advantages of exporting health sector skills and technology, or of attracting

higher spending foreign customers to health facilities become apparent. The authors argue that trade of health services offers countries the opportunity to enhance their health systems through the generation of additional financial resources, to improve the infrastructure by using the resources resulting from satisfying foreign demand, and to upgrade medical knowledge and technological capacities.

Adams, O. and C. Kinnon. 1997. *Health Economics Technical Briefing Note: Measuring Trade Liberalization Against Public Health Objectives: The Case of Health Services.* Geneva: WHO Task Force on Health Economics, December.

This briefing note is intended to complement a commercial viewpoint of trade in health services with a qualitative public health dimension. It analyzes systematically the four modes of trade identified in the General Agreement on Trade in Services from the standpoint of health systems in developing countries. To make a preliminary appraisal of the potential impact of this trade, three policy objectives are taken as a yardstick: equity of access, quality of services and efficient use of resources. The authors argue that health authorities will need, in particular, to strengthen their regulatory framework to ensure that national health systems derive maximum benefit from trade in health services in terms of equity, quality and efficiency, while reducing potential social cost to a minimum.

Adlung, R. 2001. "Effects of World Trade on Public Health." *The Lancet* 357(9268): 1626.

The author responds to various reports that have been published in *The Lancet* on perceived health impacts of the General Agreement on Trade in Services (GATS). He argues that they offer an opportunity to fill information gaps and to familiarize interested readers with the Agreement and ongoing negotiations. According to Adlung, this opportunity has been squandered. He states that the reports are more notable for the researchers' zeal than for objectivity and factual accuracy. In his view, article VI establishes principles for the use of regulation, but has no bearing on the status of public services that are provided in the "exercise of governmental authority." Such services are exempt from GATS, and this exemption has never been questioned in the World Trade Organization.

Adlung, R. 2001. "The General Agreement on Trade in Services: Application to the Health Sector." (5): 3-5.

In this article Adlung takes up the debate about the degree to which the General Agreement on Trade in Services (GATS) is relevant to public services. He argues that GATS excludes all public services (i.e., services provided in the exercise of governmental authority). This applies whenever a service is provided neither on a commercial basis nor in competition with other suppliers; free medical treatment in public facilities is a case in point. He concludes that such services are not covered by the Agreement, and will not be made subject to future negotiations.

Adlung, R. and A. Carzaniga. 2001. "Trade in Health Services Under GATS — Past and Future." *Bulletin of the World Health Organization* 79(4): 1-21.

The authors argue that the potential for health services trade has expanded rapidly over the past decades. More efficient communication systems helped to reduce distance-

related barriers to trade, rising incomes and enhanced information increased the mobility of patients, and internal cost pressures led various governments to consider possibilities for increased private participation. Nevertheless, the authors maintain that health services have played only a modest role in the General Agreement on Trade in Services (GATS) to date. Education aside, no other services sector has drawn fewer commitments on market access and national treatment than health. The novelty of the Agreement, co-ordination problems between relevant agencies, widespread inexperience with concepts of services trade, a traditionally strong degree of government involvement in the sector as well as concerns about basic quality and social objectives might have prevented World Trade Organization members from undertaking access commitments.

American Institute of Medicine. 1997. *America's Vital Interest in Global Health — Protecting Our People, Enhancing Our Economy and Advancing Our International Interests*. Washington: National Academy Press.

This report argues that America has a vital and direct stake in the health of people around the globe. For the United States to engage successfully in global health, co-ordination among the multiple U.S. agencies with statutory responsibilities in the area will be needed, as well as the formation of partnerships with the U.S. industrial and academic sectors and non-governmental organizations, other nations and international organizations. This report stresses the areas of U.S. global health engagement that are most likely to benefit the health of the U.S. population and recommends changes in policy and implementation that can enhance the health of Americans and other peoples of the world, provide economic benefit, and advance U.S. global leadership.

Appleton, B. 1996. "NAFTA, Healthcare and the Agreement on Internal Trade." Appleton & Associates International Lawyers. <http://www.appletonlaw.com/6dinternal.htm> Retrieved July 25, 2002.

In response to a request from the Canadian Health Coalition for a legal opinion on the question of changes to international trade as they affect our social services, especially medicare, this report examines the major policy issues and implications in the debate on internal trade. The author argues that it is in the interest of the Canadian public to know what's going on in these negotiations and to pressure elected officials to secure and protect our social services.

Ascher, B. 2002. "The Case of the United States of America." In *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives*. Edited by C. Vieira and N. Drager. Washington, DC: Pan American Health Organization, pp. 185-191.

This article presents the perspective of the United States on health services with respect to forthcoming negotiations. The author discusses the fact that services are relatively new to trade agreements, whereas goods have been subject to trade rules for 50 years. Over those five decades, the General Agreement on Tariffs and Trade was successful in reducing tariffs for goods by about 75 percent. This resulted in a 15-fold growth of trade and was accompanied by phenomenal world economic expansion over that period. The author presents the hope of the United States that reducing barriers to trade in services will make a similar contribution to the world economy.

Bettcher, W., D. Yach and G. Guidon. 2000. "Global Trade and Health: Key Linkages and Future Challenges." *Critical Reflection*. 78(4): 521-534.

Globalization of trade, marketing and investment has important implications for public health, both negative and positive. This article considers the implications of the single package of World Trade Organization agreements for public health research and policy, focussing on three themes: commodities, intellectual property rights and health services. The main aims of the analysis are to identify how trade issues are associated with the trans-nationalization of health risks and possible benefits, to identify key areas of research, and to suggest policy-relevant advice and interventions on trade and health issues.

Boliz, M. (ed.) 1999. *Access to Health Services under the NAFTA*. Washington: Public Policy Program, Division of Health and Human Development, Pan American Health Organization.

In this book, contributors discuss NAFTA-related concerns about meeting the health care needs of people who move from one member country to another. This publication analyzes the legal implications of the access to health care by individuals from NAFTA countries who are temporarily working or residing in another member country. The book compares the health systems of Canada, the United States, and Mexico, focussing on their principles and objectives, legal framework, institutional structure, operational modalities, and outcomes. Detailing the similarities and differences among the systems of these three countries, this publication attempts to anticipate the treaty's potential benefit or detriment to access to health care services and examines the expectations and concerns that free trade generates in this respect.

Bolwell, D. 1999. *The WTO and the General Agreement on Trade in Services: What Is at Stake for Public Health?* Ferney-Voltaire, France: Public Services International.

The author argues that trade in health services has been discussed since 1994 and there is every indication that in the next year this process will accelerate. The World Trade Organization says countries should reconsider the "depth and breadth of their commitments" on health and social services, which are currently "trailing behind other sectors." The health industry, already battered by cost control and commercialization measures, is in for a shake-up. The author argues that for these last two sets of reasons, it is very important for health workers and public sector trade unions to understand the issues raised in this booklet and to act on the suggestions for action outlined at the end.

Butkeviciene, J. and D. Diaz. 1998. "GATS Commitments in the Health Services Sector and the Scope for Future Negotiations." In *International Trade in Health Services: A Development Perspective*. Edited by S. Zarilli and C. Kinnon. Geneva: United Nations Committee on Trade and Development/World Health Organization, pp. 135-155.

This paper reviews specific commitments in health services negotiated in the World Trade Organization as an integral part of the General Agreement on Trade in Services. The analysis of commitments does not provide a full picture of the actual trade regime in health services. Furthermore, some important players in the health services market have not made any specific commitments in the sector. The commitments in health services

made by most countries have had no policy implications so far, since countries have either recorded the status quo of their trade regimes, provided partial information, or left sensitive aspects out of their schedules of commitments. However, future rounds of multilateral negotiations are likely to come closer to exerting pressure for changes in the trade regime by seeking a higher degree of openness in specific areas of commitment in health services.

Cardelle, A.J.F. 2000. "Democratization, Health Care Reform, and NGO-Government Collaboration: Catalyst or Constraint?" In *Health and Human Development in the New Global Economy: The Contributions and Perspectives of Civil Society in the Americas*. Edited by A. Bambas, J.A. Casas, H.A. Drayton and A. Valdés. Washington: Pan American Health Organization, pp. 203-229.

This paper examines the experiences of 20 different projects promoting non-governmental organization (NGO) –government collaboration in Guatemala, Chile and Ecuador. It is divided into three parts. The first part reviews the global trends within which the policies are being implemented and assesses the degree to which different factors, such as civil society–state relations, democratization, state reform and international pressure, have catalyzed or constrained policies promoting NGO–government collaboration. The second part analyzes how the goals, objectives, resources and planning processes associated with the implementation of collaborative projects influence project sustainability. The third section identifies the different ways in which NGOs and governments collaborate (e.g., funding, co-ordinated planning and training) and examines how each affects the project's outcome. The paper concludes with a set of policy recommendations for the implementation of future collaborative projects.

Cardelle, A.J.F. 2000. "Globalisation, International Health and a New International Relations Framework." In *Health and Human Development in the New Global Economy: The Contributions and Perspectives of Civil Society in the Americas*. Edited by A. Bambas, J.A. Casas, H.A. Drayton and A. Valdés. Washington: Pan American Health Organization, pp. 121-126.

The fundamental argument of this paper is that in practice there has been an intricate and reciprocal relationship between international public health and the practice of international relations. However, unlike the reality, the study of international relations has neglected the idea that health is an international issue. And while the discipline has been able to get away with this thus far, the current process of globalization is going to present a serious threat and challenge to some of the basic notions of international relations — basically the country centred perspective of international relations. The paper begins with a very quick review of the historical relationship between the two fields, and then looks at how the existing theories of international relations are inadequate and incapable of integrating health considerations. The paper concludes by proposing four areas in which public health practices and problems will pose a threat to the primacy of the nation-state.

Chanda, R. 2001. *Trade in Health Services*. Paper No. WG4: 5, Commission on Macroeconomics and Health Working Paper Series.

The objective of this study is to provide an overview of the nature of international trade in health services and the lessons that can be learned from the national, regional and multilateral experience in this context. This study discusses the various ways in which health services can be traded, the main global players in this trade, and the positive as well as negative implications of this trade for equity, efficiency, quality and access to health services. It also outlines some of the main barriers constraining trade in health services. The study highlights the experiences of various countries as well as regional trading blocs with regard to trade in health services and the progress made thus far in liberalizing trade in health services under the World Trade Organization's General Agreement on Trade in Services. Based on the national, regional and multilateral experience with trade in health services, the study draws broad conclusions about the main issues and concerns which characterize this trade and recommends policy measures to ensure that gains from trade in health services are realized while mitigating the potential adverse consequences of such trade.

Cornia, A., R. Jolly and F. Stewart. 1987. *Adjustment with a Human Face*. Oxford: Clarendon Press.

This study draws on 10 country case studies and UNICEF experience to illustrate the severity of the debt crisis and point to ways to avoid or alleviate the ill effects of economic adjustment on vulnerable groups. It highlights some successes in protecting vulnerable populations during adjustment, with policies that have generated employment, raised the incomes of the poor and maintained and even expanded basic health and education services, and supported nutrition among children. It underscores that policies to protect the vulnerable can and must become part of national planning even when the economy is in difficulties. The strategy of adjustment with a human face combines the promotion of economic growth, protection of the vulnerable and macro-economic adjustment.

De Wel, B. 2000. *WTO and Health: A National Perspective*. Conference on the World Trade Organization (WTO). Implications of EU Global Trade Policy on Health, Brussels.

The author argues that nobody can deny that international trade contributes to development. Generally, rich people have better health and live often in a better environment. Poor people have less access to health services and quite often live in degraded environmental conditions. The important question therefore is one of the distributions of the benefits of international trade and of the environmental sustainability of this trade. It is clear that a fair and equitable distribution of the trade benefits and the protection of the environment is not some kind of automatism. There is no efficient "trickle-down" of welfare to poorer groups in society, nor are the gains of free trade automatically used to preserve and protect the environment. International trade has become a complex business, organized with many rules. The problem is that these are not always focussed on protecting people's health and the environment.

Diaz Benavides, D. 2002. "Trade Policies and Export of Health Services: A Development Perspective." In *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives*. Edited by C. Vieira and N. Drager. Washington: Pan American Health Organization, pp. 53-69.

In this paper, the author argues that international trade in health services is opening many possibilities for increasing the economic contribution of the health sector to the national economy. Governments from both developed and developing countries are exploring different options including the implementation of export strategies for health services and the liberalization of business ownership to maximize their resource endowment and competitive advantages. This endeavour requires facing the challenge of reconciling trade objectives like foreign currency generation with those of granting their populations universal access to quality health care at an affordable cost.

Dollar, D. 2001. "Is Globalization Good for Your Health?" *Bulletin of the World Health Organization*. 79(9): 827-33.

This article makes four points about globalization and health. First, economic integration is a powerful force for raising the incomes of poor countries. In the past 20 years, several large developing countries have opened up to trade and investment, and they are growing well — faster than the rich countries. Second, there is no tendency for income inequality to increase in countries that open up. The higher growth that accompanies globalization in developing countries generally benefits poor people. Since there is a large literature linking income of the poor to health status, we can be reasonably confident that globalization has indirect positive effects on nutrition, infant mortality and other health issues related to income. Third, economic integration can obviously have adverse health effects as well: the transmission of AIDS through migration and travel is a dramatic recent example. The authors argue that the practical solution lies in health policies, not in policies on economic integration. Global integration requires supporting institutions and policies. Fourth, the international architecture can be improved so it is more beneficial to poor countries.

Drager, N. 1999. "Editorial: Making Trade Work for Public Health." *British Medical Journal*. 319: 1214.

Drager states that World Trade Organization (WTO) talks in Seattle offer an opportunity to get public health on the trade agenda. He maintains that recent trade disagreements over hormone-treated beef, genetically modified foods, and antiretroviral drugs have captured the public interest, and revealed the tensions between national public health policies and the need to comply with trade agreements overseen by the WTO. Trade openness can contribute toward a more equitable distribution of economic benefits and a just society, but this requires linkage of the trading system to sound social policies, including the recognition of health as a global public good. By developing a closer relationship with the WTO, the World Health Organization is trying to ensure that public health interests are represented on the trade agenda.

Hall, D. 2001. *Globalisation, Privatisation and Healthcare*. London: Public Services International Research Unit, January.

This paper distinguishes between globalization, which may have a negative development impact in any sector, and privatization, which specifically damages public services. Various channels are identified where globalization influences the privatization of health

care, including international institutions, government policies and the activities of multinationals themselves.

Hilary, J. 2001. *The Wrong Model: GATS, Trade Liberalisation and Children's Right to Health*. London: Save the Children.

This analysis suggests that liberalization of trade in health services is the wrong model to follow if countries wish to develop strong public health systems for all their people. In addition, the specific provisions of the General Agreement on Trade in Services undermine the ability of countries to implement their own public health priorities, and the Agreement must be reformed so national policy objectives are explicitly protected. Governments must ensure that public health concerns are guaranteed absolute precedence over the economic aspects of services trade, to fulfill their responsibilities to children and to society as a whole.

Johnson, J.R. 2002. *How Will International Trade Agreements Affect Canadian Health Care?* Discussion Paper 22, Commission on the Future of Health Care in Canada, Saskatoon.

This paper responds to the following questions posed by the Commission on the Future of Health Care in Canada. Given that there are conflicting legal opinions concerning the extent to which Canada's public health care system is exempted or protected from the obligations imposed by international trade liberalization agreements, what options exist to ensure that Canadian governments may continue, if they so choose, to maintain a public health care system that is consistent with Canada's international trade agreements?

Kickbusch, I. and E. de Leeuw. 1999. "Global Public Health: Revisiting Healthy Public Policy at the Global Level." *Health Promotion International*. 14(4): 285-288.

This article argues that health, which at first instance seems to be the field most destined for joint action independent of territory, remains a policy domain most protectively linked to the nation state. But even as countries defend their internal sovereignty over health care policy they are losing sovereignty over policies related to health determinants: the marketing, distribution and sale of consumer goods and lifestyles (e.g., tobacco and food), the growth of a global health industry (e.g., pharmaceuticals and insurance), the global spread of environmental pollution and infectious disease, and the health impact of the global financial system. The authors ask how governments can respond other than through new forms of protectionism or extreme competition to attract the global players into their own front yard.

Kierzkowski, H. 2002. "Trade and Public Health in an Open Economy: A Framework for Analysis." In *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives*. Edited by C. Vieira and N. Drager. Washington: Pan American Health Organization, pp. 47-52.

This paper argues that the optimal health system, be it on the national or the international level, has to balance and weigh the various objectives of different actions. People may have different views as to the appropriate weight of objectives and which should be given more importance. But a health system cannot go to extremes and centre only on

efficiency or even equity. It has to be a balanced package. Most people will agree that health is a special sector. But it also happens to be part of the economy. Thus, it must reflect certain general rules of economic behaviour, given that productive resources in the economy are limited.

Kinnon, C. 1998. "World Trade: Bringing Health into the Picture." *World Health Forum* 19: 397-406.

In this article, Kinnon discusses whether the new multilateral trade agreements have implications for health and well-being. She argues that the relationship needs to be understood to put trade and health objectives into proper perspective. This introductory article looks at some of the areas in which international trade and public health interact.

Kluge, E.-H.W. 1991. "Competition and Function: The Canada–U.S. Free Trade Agreement and the Philosophy of Health Care." *Business and Professional Ethics Journal* 10: 29-52.

This paper examines one area of the Free Trade Agreement in which reconciliation may prove extremely difficult. It is health care. The Free Trade Agreement contains provisions for an active interrelationship between the two countries in the delivery of health care. More specifically, the Free Trade Agreement provides that the health care industry of the one country must be accorded access to the market represented by the other, and vice versa. These clauses may pose a problem, because Canada and the United States have distinct perspectives on the philosophy of health care. This difference is rooted in a fundamental difference of perspective about the relationship of the individual to society.

Koivusalo, M. 1999. "World Trade Organization and Trade Creep in Social Policies." Helsinki: STAKES.

This paper argues that international trade agreements are an important part of globalization in setting out rules and entitlements for trade practices at the global level, and may have direct or indirect implications to health and social policies. A major share of implications is based on contents of agreements and what these imply for poverty, income distribution and food security in the global scene. In addition, there may be implications that interfere with the contents and scope of health and social policies across countries. These implications of international trade agreements emerged only gradually and, in many cases, through the settlement of trade-related disputes between countries or through debates concerning interpretations of stipulations made.

Koivusalo, M. 2000. *GATS and Services*. Conference on the World Trade Organization (WTO): Implications of EU Global Trade Policy on Health, Brussels.

This presentation discusses the GATS definition of services: any service in any sector except services suppliedin the "exercise of governmental authority." When trade in services is of concern, one needs to consider a broad range of services to be traded. In health, problematic trade issues are likely to emerge (e.g., in terms of insurance, occupational, professional, clinical, laboratory, infrastructure and support services as well as in terms of broader management of health services and pressure to do so on an area or population basis. These trade-related interests and concerns extend beyond traditional professional or clinical services.

Koivusalo, M. and M. Rowson. 2000. "The World Trade Organization: Implications for Health Policy." *Medicine, Conflict and Survival*. 16(2): 175-191.

The authors argue that agreements negotiated at the World Trade Organization already have important implications for health and health policy. They impact on the ability of governments to regulate trade in the interests of health, on national and international governance and public health standards, and on the future of the precautionary principle. Agreements on trade-related aspects of intellectual property rights and trade in health services could benefit the multinational health care and pharmaceutical industries, and impact negatively on cost and equity.

Krajewski, M. 2001. *GATS and Public Services*. Geneva, Seattle to Brussels Network: 4-5.

The central question in this paper is whether public services are excepted by article I.3, or whether they fall within the scope of the General Agreement on Trade in Services (GATS). While this question may seem technical, it is of great importance in the context of GATS and democracy. The supply of public services is often the necessary basis for a democratic and open policy-making process in a country, most obviously in the cases of education and communication. Access to services, such as water or health care, is often seen as a human right. Yet other public services are also supplied to ensure that certain basic needs of the entire population are met, such as transport or energy.

Krajewski, M. 2001. "Public Services and the Scope of the General Agreement on Trade in Services." Centre for International Environmental Law. <http://www.gatswatch.org/docs/markus.html>. Retrieved July 5, 2002.

The author responds to questions about the extent to which the General Agreement on Trade in Services (GATS) rules may affect the supply of "public services." The answer to these questions depends on the coverage of public services by GATS. (Are public services covered, and if so, to what extent?) It also depends on the content of current and possible future GATS disciplines. (For those public services that are covered, what does GATS require?) A clear understanding of the scope of GATS is therefore important for governments negotiating and for civil society groups monitoring these negotiations. This research paper examines the scope of GATS. It focusses on GATS article I.3, the provision determining whether public services are covered by the agreement, and adopts a legal perspective, only suggesting some policy considerations at the very end.

Labonte, R. 1998. "Healthy Public Policy and the World Trade Organization: A Proposal for an International Health Presence in Future World Trade/Investment Talks." *Health Promotion International*. 13(3): 245-256.

This paper proposes creation of a strong public health lobby, both nationally and internationally, to join with other public interest non-governmental organizations in the social clause campaign. It begins by defining and critiquing some basic tenets of neo-liberal economic orthodoxy, which underpin the push toward global free trade and investment agreements. It then describes the current status of these agreements, and provides examples of how such agreements might imperil public health. The paper discusses the social clause initiative and concludes by advancing a proposal for a public

health lobby presence at those forums where trade and investment agreements are negotiated and monitored

Labonte, R. 2000. "Healthy Public Policy and the World Trade Organization." In *Health and Human Development in the New Global Economy: The Contributions and Perspectives of Civil Society in the Americas*. Edited by A. Bambas, J.A. Casas, H.A. Drayton and A. Valdes. Washington: Pan American Health Organization, pp. 105-120.

This article calls on the public health community to join in lobbying efforts at national and international forums to include "social clauses" in global trade/investment agreements. These clauses, based on existing multilateral declarations monitored by United Nations agencies, are unenforceable. Their attachment to enforceable multilateral trade and investment agreements, however, would help to ensure that the benefits of a global economy are health-promoting by being socially just and environmentally sustainable.

Labonte, R., M. Sanger and D. Thompson. 2000. *Economic Globalization, Trade Liberalization, Governance and Health*. Ottawa: Canadian Society for International Health.

This paper argues that with the growth of the Internet, new technologies and the expanding global marketplace, people, goods and services are crossing borders at ever-increasing rates. Economic globalization, aided by the growth of new technologies, has provided new opportunities for economic growth. This has created enormous economic and social benefits for some countries, but not for others, and disproportionately to some groups within those countries. It has also reduced the regulatory authority of national and sub-national governments (the public sector) and increased the power and influence of transnational corporations (the private sector). The planet may be shrinking as far as business interests are concerned, but the gap between rich and poor within and between most nations is going in the opposite direction. This has profound implications for the health of people in both the developed and developing world.

Lee, Kelley (ed.). 2003. *Health Impacts of Globalization: Towards a Global Governance*. Houndsmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.

This book brings together an interdisciplinary group of researchers to analyze specific case studies that provide much needed empirical analysis of the impact of globalization on health. The range of issues covered — AIDS, tobacco control, BSE/CJD (bovine spongiform encephalopathy/Creutzfeldt-Jakob Disease), nutrition, cholera, anti-microbial resistance, World Trade Organization, global governance — is intended to be illustrative, rather than representative, of the diverse health impacts of global change.

Lipson, D.J. 2001. "The World Trade Organization's Health Agenda: Opening Up the Health Services for the Poor." Editorial. *British Medical Journal*. 323(7322): 1139.

Lipson comments on the focus of the World Trade Organization (WTO) to open many industries and services to foreign competition. This could adversely affect public health, because many insurance companies would only insure healthy people, leaving the public sector to care for the rest. Agreements made by the organization also shape national policies and regulations on issues ranging from food safety and imports of hazardous goods to duties on tobacco. She argues that the WTO's negotiations in 2000 to further

liberalize trade in services under the General Agreement on Trade in Services could increase the organization's influence on financing and delivery of health care.

Lipson, D.J. 2001. "GATS and Trade in Health Insurance Services: Background Note for WHO Commission on Macroeconomics and Health Paper No. WG 4: 7." Commission on Macroeconomics and Health. <http://www.cmhealth.org/docs/wg4_paper7.pdf>. Retrieved May 23, 2002.

This note provides background on the treatment of health insurance services by the General Agreement on Trade in Services (GATS) of the World Trade Organization and explains the relevance of current GATS negotiations for the health insurance trade. It begins with a general description of GATS, indicates how health insurance is classified in GATS-defined service sectors, and outlines options countries have when making insurance-related market access commitments. It then explains why GATS commitments made to date have not yet had any measurable effect on changes in insurance markets. It reviews some of the issues addressed in current GATS negotiations and their potential implications for market-access commitments covering health insurance. It concludes by reviewing the opportunities, risks and challenges presented by GATS for national policies and regulations affecting health insurance.

Lister, G. 2000. *Global Health and Development: The Impact of Globalisation on the Health of Poor People*. London: Department for International Development (DFID).

This paper was commissioned by the Department for International Development to support the preparation of a white paper identifying policy responses to the threats and opportunities posed by globalization for poor people. It draws on the work of the recently completed review "Global Health: A Local Issue" supported by the Nuffield Trust and the Royal College of Physicians. In summarizing the conclusions of the review and papers, it first defines the concepts of globalization, global health and health as a global public good. It then examines the processes whereby globalization affects the health of poor people and summarizes the overall impact. Finally, it presents an agenda for action to address the issues identified by the reviews.

Luff, D. 2001-2002. *Domestic Regulation of Health Services and International Trade Law*. Report to the project Regulatory Reform and Trade Liberalization in Services. Paris: World Bank/Organization for Economic Co-operation and Development.

This study confronts regulation in the sector of health services with the application of current World Trade Organization (WTO) rules. Developments in this regard are drawn primarily from a European experience. The study then delineates the margin of discretion left to domestic regulators by WTO rules. It concludes that the General Agreement on Trade in Services (GATS) is the relevant WTO agreement and that it is characterized by its total flexibility. Obligations imposed on governments pursuant to GATS mostly depend on individual commitments taken. It is argued that the latter must be appropriately crafted.

Marconini, M. 1998. "Domestic Capacity and International Trade in Health Services: The Main Issues." In *International Trade in Health Services: A Development Perspective*. Edited by S. Zarilli and C. Kinnon. Geneva: United Nations Committee on Trade and Development/World Health Organization, pp. 55-61.

The author argues that, like in no other sector, successful policy making in the health sector involves delicate balancing of often competing interests and concerns, all of which find a prominent place in the complex web of policy options. The relationship which is established between social and commercial elements, not to mention the interface between those elements and scientific, professional, efficient or ethical considerations, attests to the special nature of the health services sector and all its activities. International trade in health services is necessarily, therefore, just an element of consideration among many others. As such, its consideration must follow the widely accepted premise that any policy, in touching on health matters, has to be guided first and foremost by the objective of improving the health and living conditions of the population.

Mattoo, A. 2001. "Shaping Future Rules for Trade in Services: Lessons from the GATS." The World Bank. <http://econ.worldbank.org/files/1716_wps2596.pdf>. Retrieved May 18, 2002.

In this article, Mattoo maintains that the General Agreement on Trade in Services (GATS) is justifiably credited with having created a more secure environment for trade in services. But even though it has put in place a useful framework to deal with explicit protection, it has not generated either the negotiating momentum to reduce such protection or the rules to ensure that it takes a desirable form. In dealing with the trade-impeding impact of domestic regulations, the Agreement has achieved even less. The paper suggests possible improvements in the rules of the Agreement, in the specific commitments made by countries and in the negotiating methodology.

McMichael, A.J. and R. Beaglehole. 2000. "The Changing Global Context of Public Health." *The Lancet*. 356 (9228): 495-499.

This article posits that future health prospects depend increasingly on globalization processes and on the impact of global environmental change. The authors suggest that economic globalization — entailing deregulated trade and investment — is a mixed blessing for health. Economic growth and the dissemination of technologies have widely enhanced life expectancy. However, aspects of globalization are jeopardizing health by eroding social and environmental conditions, exacerbating the rich–poor gap and disseminating consumerism.

Ontario Health Coalition. 2001. "Round by Round: Are International Trade Deals Knocking Out Medicare?" *OHC Newsletter* (January): 1-2.

This report states that what makes the General Agreement on Trade in Services (GATS) so critical is its breathtaking scope and complexity. GATS applies to measures of all governments: federal, provincial, First Nation, regional and municipal. It deals with the environment, culture, natural resources, health care, education and social services. It covers virtually all government measures including laws, regulations, guidelines and even unwritten practices. It restricts the actions of governments regarding protection of services through legally enforceable constraints backed up by trade sanctions. And it has

a built-in escalator. National governments — including Canada's — have already committed to successive rounds of negotiation intended to broaden and deepen the agreement.

Ostry, A. 2001. "The New International Trade Regime: Problems for Publicly Funded Healthcare in Canada?" *Canadian Journal of Public Health*. 31(3): 475-480.

This paper discusses the potential for the World Trade Organization (WTO), through its influence on the trade in health and ancillary services, to impact publicly funded health care delivery systems directly. The WTO is emerging as an important player in the trade in health and ancillary services. This is of particular concern for nations like Canada with publicly funded health care systems. There are two main areas for potential concern. First, over the past 15 years, as drugs have become the fastest-growing component of health care costs, the power of provincial governments to control these costs has been eroded due to restrictive trade and patent rules initially introduced through the Free Trade Agreement and consolidated under the WTO. Second, the WTO, as well as representatives of the American health care industry, have targeted publicly funded health care systems, such as Canada's, as a potential market for increased trade in health care services.

Ouellet, R. 2002. *The Effects of International Trade Agreements on Canadian Health Measures: Options for Canada with a View to the Upcoming Trade Negotiations*. (Discussion Paper 32). Saskatoon: Commission on the Future of Health Care in Canada.

This position paper argues that Canadians are wondering if, with the economic agreements signed during the last decade, our governments still have the necessary latitude to maintain health systems that respond to their expectations. Canada has, to date, consistently excluded the application of these agreements to our health systems using a variety of approaches. On the multilateral level, the General Agreement on Tariffs and Trade rules apply, with rare exceptions, to all products including those related to health. The *General Agreement on Trade in Services* is built around a quite different approach, one of specific commitments. Access to a national market of a particular services sector is possible only if a World Trade Organization member has specifically undertaken to provide access to its market for that sector of services. Canada has made no such commitment in regard to health services.

Pan American Health Organization. 2002. "Toward a Positive Multilateral Trade Agenda for Developing Countries: Meeting Conclusions and Recommendations." *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives*. Edited by C. Vieira and N. Drager. Washington: Pan American Health Organization, pp. 223-226.

This paper presents the conclusions of meeting participants that trade is essential for development, and well-articulated policies regarding trade in health services may contribute to economic well-being. A special concern is that, historically, the health sector has suffered disproportionately in times of economic crisis and the poor are the most affected. The meeting recommended that the health sector take an active role in services negotiations to help fashion the possible benefits while protecting the most vulnerable segments of the population from inequities.

Pan American Health Organization, Division of Health and Human Development, and World Trade Organization. 2002. "Trade in Health Services in the Region of the Americas." In *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives*. Edited by C. Vieira and N. Drager. Washington: Pan American Health Organization, pp. 121-141.

This working document provides an overview of recent trends and some issues involved in the commercialization of medical and health services in the Americas. The traditional trade relations between South and North have been shifting rapidly and a far more complex web of alliances is superseding them. The health care "industry" and myriad health-related services are among the sectors where change is occurring most swiftly. The direct private purchase of specialized medical services abroad always has occurred as a relatively sporadic activity, whose impact on the wealthy consumers' country was negligible. Today, however, new forces are realigning the form of access to biotechnology, information technology, pharmaceuticals, direct health services, insurance coverage schemes and the employment opportunities they entail.

Peabody, J.W. 1996. "Economic Reform and Health Sector Policy: Lessons From Structural Adjustment Programs." *Social Science Medicine* 43(5): 823-835.

According to Peabody, from a purely economic perspective, structural adjustment programs (SAPs) and economic reform policies are viewed as short-term austerities that lead to long-term growth and development. These intertemporal trade-offs, however, are not always acceptable in health. Health policy makers need to understand the expected and unexpected impacts of economic reform on health outcomes in individuals and on the population. The interactions are complex, involve multiple sectors, and can be better understood by looking at the experience of developing countries over almost 15 years of SAP experience. Health care budgets may be vulnerable to reduced government spending, quality of care deteriorates, nutrition will suffer more likely in urban areas, and cost-effective preventive programs may stop if labour and capital are not properly matched.

Pollock, A. and D. Price. 2001. "Effects of World Trade on Public Health." *The Lancet* 358(9287): 1097.

In this book, the authors argue that the World Trade Organization (WTO)'s General Agreement on Trade in Services (GATS) covers public health care, because it targets for removal any government measure that affects entry into any service market of commercial providers and investors. The WTO Secretariat and the European Community have raised concerns about this lack of clarity, and note that the interpretative methods of the *Vienna Convention on the Law of Treaties* can give the article a narrow or broad meaning. This paper shows that a WTO committee has argued for a narrow interpretation that could bring all public services under GATS.

Saltman, R.B. 1997. "Globalization and the Future of Public Funding for Health Care Services." *Eurohealth* 3(3): 34-36.

Over recent years, Saltman argues, ministers of health have found themselves confronted by a new justification for why publicly financed health care systems cannot be allowed access to additional financial resources, and why existing levels of public spending on health care systems — however calculated — have to be reduced. The justification can be summarized in two words: economic globalization." Despite continued high levels of

wealth in developed countries, there apparently is not enough money to fund additional or even existing levels of health care. This belief, in turn, stimulates a growing interest among policy makers in not just increased effectiveness and efficiency in health care, but in off-loading public expenditure for health onto private budgets. In effect, the issues of economic globalization, along with economic regionalization, challenge the long-term sustainability of public finance for health care services.

Sanger, M. 2001. *Reckless Abandon: Canada, the GATS and the Future of Health Care*. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives.

This report assesses the implications of the General Agreement on Trade in Services (GATS) for Canada's health care system. It examines both Canada's commitments in the existing GATS, which came into effect in 1994, and the agenda of the current round of GATS negotiations, known as GATS 2000. The report provides an overview of GATS implications for health care, then assesses its impacts for health insurance, hospital services and home care. The analysis of these three critical health services suggests the full range of GATS impacts. One goal is to demonstrate that more comprehensive exploration and full public debate, of the potentially profound implications of GATS for the Canadian health care system are urgently required.

Sbarbaro, J.A. 2000. *Trade Liberalization in Health Insurance: Opportunities and Challenges: The Potential Impact of Introducing or Expanding the Availability of Private Health Insurance within Low and Middle Income Countries*. Paper No. WG 4:6, Commission on Macroeconomics and Health Working Paper Series.

The author argues that investment opportunities, new technologies and the expansion of global trade rules to cover services have expanded opportunities for international trade in health insurance. Globalization of health, insurance is highly relevant to the issue of macroeconomics and health because health insurance is one model — and a powerful one — by which health services (doctors, nurses and other personnel) and pharmaceuticals are financed. As health services are much more complex public outputs than intermediate goods and services, they are subject to increasing challenge on both efficiency and equity grounds. These challenges are exacerbated with the introduction of private health insurance. Moreover, there are no patent issues to delay cross-border implementation.

Sexton, S. 2001. "GATS and Health Care." *GATS and Democracy*. Geneva: Seattle to Brussels Network, 18.

In this paper, Sexton argues that the General Agreement on Trade in Services (GATS) could facilitate the development of health care markets where health care services are bought and sold: bought by those who have the money to do so, and sold by those aiming to make a profit for their shareholders. Those who don't have the money — or whom insurers consider too risky, too old or too sick — lose out. What gets sold, moreover, is not health care to society but health products and procedures to individual consumers. In a health market, a two-tier system quickly develops. The for-profit sector creams off healthy and wealthy patients, public subsidies and staff, leaving a reduced public sector to deal with emergencies, to train staff and to cope with the elderly, the chronically sick and the poor — those who most need health care.

Sexton, S. 2001. "Trading Health Care Away?" The Cornerhouse Briefing 23. <http://cornerhouse.icaap.org/briefings/23.html>. Retrieved May 18, 2002.

Sexton argues that the United States, European Union, Japan and Canada are trying to revise the General Agreement on Trade in Services (GATS) so it could be used to overturn almost any legislation governing services from the national to the local level. Domestic policy making, even on matters such as shop opening hours or the height and location of new buildings, could, in effect, be turned over to the World Trade Organization. All legislation would primarily be aimed at increasing trade. Particularly under threat from GATS are public services, such as health care, education, energy, water and sanitation. These are already coming under the control of the commercial sector as a result of privatization, structural adjustment and reductions in public spending. A revised GATS could give the commercial sector further access and make existing privatizations effectively irreversible.

Sikes, L. 1998. *On the Triennial Review by the World Trade Organization on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures (the "SPS Agreement")*. Public Citizen, Global Trade Watch.

The author argues in response to the Office of the United States Trade Representative's request for comments with respect to the review by the World Trade Organization (WTO) Committee on Sanitary and Phytosanitary Measures (the SPS Committee) of the Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures (the SPS Agreement), 62 Fed. Reg. 64618 (December 8, 1997). These comments focus on concerns the SPS Agreement does not adequately safeguard a country's right to adopt and implement regulations to protect human, animal and plant life or health, and to establish the level of protection of life and health that it deems to be appropriate.

Sinclair, S. and J. Grieshaber-Otto. 2002. "WTO Services Treaty Expanding into Public Services and Domestic Regulation, Areas Thought Off-Limits to International Trade Agreements." Canadian Centre for Policy Alternatives. <http://www.policyalternatives.ca/publications/comment41.html>. Retrieved July 2, 2002.

In this report, the authors argue that unknown to most Canadians, senior government officials have just returned from a negotiating session in Geneva to expand the reach of the World Trade Organization's services agreement into areas usually considered the exclusive prerogative of domestic policy making. On the table are public services, such as education and health care, and public interest regulations, such as tobacco control and environmental protection laws. While still largely unknown to the general public, the binding treaty is deservedly controversial. Its subject matter — services — is almost unimaginably broad. GATS affects how governments regulate services — from water testing to heart surgery. It restricts actions taken by all levels of government, whether central, regional or local.

United Nations Development Programme. 2003. *Making Global Trade Work for People*. New York and United Kingdom: Earthscan Publications.

This report suggests that trade can, and must, be made to work as an engine of growth and human development. What is needed to do this is a serious, systematic effort to apply the lessons of history, which show that, with very few exceptions, today's rich

countries enjoyed many of the protections they now seek to deny developing countries, only dismantling them after growing wealthier and more powerful. It is also important to ensure that the multilateral trade regime is better aligned with broader objectives of human development: helping poor people everywhere gain the tools, opportunities and choices to build a better life for themselves, their families and their communities. This is the only way to reverse the current disaffection with globalization.

Vellinga, J. 2001. *International Trade, Health Systems and Services: A Health Policy Perspective*. Ottawa: Health Canada.

This paper explores some of the links between international trade and health services from a health policy point of view. Trade in health services can have far-reaching consequences for the health sector and health, and can create conflict between trade/economic goals and health/social objectives. It is, therefore, important for the health policy and research communities, as well as the trade policy community, to identify and address the key issues raised by trade in health services. A framework is suggested for considering the interrelationships between international trade and health. The core issue is the significance of international trade for achieving health objectives. How trade impacts on health involves both trade in goods (health and non-health goods) and trade in services. But the relationship goes much further. International trade can influence key determinants of health as well.

Vellinga, J. 2002. "An Approach to Trade and Health at Health Canada." In *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives*. Edited by C. Vieira and N. Drager. Washington: Pan American Health Organization, pp. 193-196.

In this article, the author outlines the approach Health Canada is putting in place to address the issue of health and international trade aims. Specifically, Health Canada wants to ensure that trade discussions reflect its health perspective and concerns. In this context, Health Canada's activities in 1999 had their origins in past trade events, where important lessons were learned. This paper indicates not only what Health Canada is trying to do, but also why and how.

Waghorne, M. 2000. "Health Services for Trade." Conference on the World Trade Organization (WTO): Implications of EU Global Trade Policy on Health, Brussels.

This paper addresses the implications of the General Agreement on Trade in Services (GATS) for health services and discusses how to keep health services in public hands and under the public control of national governments. While some of the issues discussed are approached from a European perspective, many have a global implication. Indeed, the position of the European Commission and its pressure for greater liberalization of health services under GATS in developing countries, while seeking to maintain the status quo in Europe, highlights this European and global dichotomy.

Woodward, D., N. Drager, R. Beaglehole and D.J. Lipson. 2001. *Globalisation and Health: A Framework for Analysis and Action*. Paper No. WG4: 10, Commission on Macroeconomics and Health Working Paper Series. <http://www.cmhealth.org/docs/wg4_paper10.pdf>. Retrieved May 23, 2002.

This article proposes a framework for understanding and analyzing globalization, especially its economic aspects, and its impacts on health. It also presents a set of objectives for action at the national and international levels for the protection and promotion of health in the context of globalization, particularly for poor populations. First, an agreed analytical framework is essential for a reliable assessment of the health effects of globalization, the development of a research agenda and of appropriate policy responses. Second, the indirect effects of globalization operating through the national and household economies are important for health outcomes, as well as the more obvious and direct effects on health risks and the health sector. Third, the effects of globalization will be optimized only when improvements in health and well-being become central objectives of national economic policy making, and the design and management of the international economic system.

Woodward, D., N. Drager, R. Beaglehole and D.J. Lipson. 2002. "Globalization, Global Public Goods, and Health." In *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives*. Edited by C. Vieira and N. Drager. Washington: Pan American Health Organization, pp. 3-11.

This chapter focuses on economic globalization, which is a key element of the globalization process as a whole, a major driving force behind it and a critical determinant of its impact on health. It provides a description of the key linkages between globalization and health, and introduces the concept and possible applications of global public good for health as a pro-health counterpart to the globalization process.

World Bank. 2002. "A User's Guide to Poverty and Social Impact Analysis." Washington: The World Bank Poverty Reduction Group (PRMPR) and the Social Development Department (SDV), work in progress, draft for comment.

This draft guide provides an approach to conducting poverty and social impact analysis (PSIA) and outlines a menu of available tools and techniques for carrying out a PSIA. It does not suggest a mini-standard for World Bank staff, nor does it represent Bank operational policy. The draft guide is a work in progress, and will be updated eventually to reflect cutting-edge country experience and newly minted techniques.

World Health Organization and World Trade Organization. 2002. *WTO Agreements and Public Health: A Joint Study by the WHO and WTO Secretariat*. Geneva: WHO/WTO.

This study explains how World Trade Organization (WTO) agreements relate to different aspects of health policies. It is meant to give a better insight into key issues for those who develop, communicate or debate policy issues related to trade and health. The study covers areas, such as drugs and intellectual property rights, food safety, tobacco and many other issues, which have been subject to passionate debate. In this joint effort, the first of its kind, the World Health Organization and the WTO Secretariat endeavour to set out the facts.

Gender and International Trade/Globalization

Afshar, H. and C. Dennis (eds.). 1992. *Women and Adjustment Policies in the Third World.* Women's Studies at York/Macmillan Series. London: Macmillan Academic and Professional Ltd.

In this book, contributors find that the changing political and economic circumstances of the 1980s have resulted in a radical change of policy in many developing countries. Although the countries of the Organization for Economic Co-operation and Development and the newly industrialized ones have made a recovery from the recession of the early 1980s, the developing countries have not. This is in part the result of the debt crisis and deteriorating terms of trade as well as the weakness of state policy and the profligate use of international borrowing in the earlier decade. As a result, many developing countries have had to move toward a contraction of public sector expenditure and a series of market-oriented development policies. Women in general, and the poorest among them in particular, have borne, to a disproportionate extent, the brunt of the ensuing hardships. This volume addresses the general shortcomings of the current gender-blind analytical frameworks of government and international financial organizations.

Allaert, B. and N. Forman. 1999. "Gender, Trade and Rights: Moving Forward." *WIDE Bulletin.* Brussels.

The authors argue that however slow, the progressive acknowledgment of, and the commitment to, women's rights by international, regional and national bodies stands as a testimony to a promising exit from the 20th century for women. Still, they argue that the imminence of the new millennium is a momentum for us to evaluate the success of women worldwide in the struggle for the recognition of rights and, more important, the practical application of this recognition. This bulletin is a continuation of the work on gender and trade WIDE has carried out over the years. In this collection of articles, it appears there is a need for even closer partnership, networking, solidarity and collective effort from partners striving for a more equitable and sustainable world.

Antrobus, A., B. Cranney and A. Isla. 2002. *Canadian Woman Studies: Women, Globalization and International Trade.* 21/22 (4/1).

This volume argues that we need to draw on the varied knowledge and experience of diverse groups of women in Canada and abroad, especially those most immediately and negatively affected by current processes of neo-liberal trade and globalization, to understand fully the nature of these processes, our own varied position within them, and the possibility of building strong alliances and movements to resist and transform them.

Ashworth, G. 1992. "Politicising Gender and Structural Adjustment." In *Women and Adjustment Policies in the Third World.* Edited by H. Afshar and C. Dennis. London: Macmillan Academic and Professional Ltd, pp. 233-252.

The author argues that if the purpose of research is to reveal, the purpose of advocacy is to see the revelation into wider consciousness and then into policy and remedial actions. This chapter is concerned not with an analysis of the impact of structural adjustment on women, but of the process of making that impact known, and postulating damage

limitation and even preventive measures, as well as proposing alternatives to current forms of adjustment.

Baden, S. and A.M. Goetz. 1998. "Who Needs [Sex] When You Can Have [Gender]? Conflicting Discourses on Gender at Beijing." In *Feminist Visions of Development: Gender Analysis and Policy*. Edited by C. Jackson and R. Pearson. London, New York: Routledge, pp. 19-38.

This chapter is inspired by the challenge to gender and development (GAD) from grass-roots development workers and women activists in the South. This challenge is linked to the current debate over the institutionalization of gender in development policy and practice, and relates to the perceived depolitization of the concept of gender. The authors explore a completely different critique of gender from conservative groups, who attacked gender during the Beijing process on the grounds that it is an over-radical and unrepresentative approach to thinking about social relations. They consider the ways the conservative critique illuminates contradictions in feminist theorizing about gender. Underlying both sections are questions about what happens to feminist concepts in activist and policy arenas, and about the authors' role in this process, as gender and development researchers.

Bakker, I. 1996. *Rethinking Restructuring: Gender and Change in Canada*. Toronto: Toronto University Press.

During the past decade, Canadian policy makers have been forced to re-examine familiar governing instruments and established programs in the face of growing budget deficits, economic instability and a rapidly changing global economy. This collection of 18 original essays presents a critical exploration of the question of political and economic restructuring from the vantage point of gender. The authors argue that the present shift in the global order is revealing the contradictory effects of what is a dual process of both gender erosion and intensification. With the convergence of male and female job experience in polarized labour markets, gender appears to be less important in understanding the global political economy. At the same time, gender becomes more of a determining factor in the transformation of politics and markets, owing to the changing role of women as workers, caregivers and consumers.

Barndt, D. (ed.). 1999. *Women Working the NAFTA Food Chain: Women, Food and Globalization*. Women's Issues Publishing Program. Toronto: Second Story Press.

This book argues that there is a special connection between women and food. In most cultures, women have played major roles in growing and preparing food. In the continental food system, which is the focus of this book, women are central to its production and consumption — from those who cultivate, pick and pack fresh produce in agribusinesses to those who work in assembly lines processing food into cans and bottles; from the cashiers who scan and weigh, price and package our purchases to the cooks and waitresses in restaurants who chop and cook and serve us meals. The experiences of women in the food system offer a window on the restructuring of work in the new global economy. The authors also find that it is women who are leading their communities in creating local alternatives to the increasingly globalized food system.

Beneria, L. and A. Lind. 1995. "Engendering International Trade: Concepts, Policy and Action." GSD Working Paper Series 5.

This paper is an attempt to address both the engendering of the trade debate and the gender implications of trade policies and actions. It has been written with the objective of conceptualizing some of the relevant issues for future policy research on gender and trade. An initial question is the extent to which gender is a notion that is relevant in trade discussions. The paper explores the various areas in which connections between the two can be traced. They range from the effects of trade on employment (specifically women's employment) to issues of gender and technology, the feminization of the labour force, free trade zones (FTZs), and the gender and trade aspects of structural adjustment. Efforts to promote women's micro-enterprises may be fruitless, for example, if such enterprises cannot survive the competitive pressures arising from trade liberalization. It is important to discuss the gendered implications of trade policy with issues such as this in mind.

Berger, S. 2001. "Political Economy Discourses of Globalization and Feminist Politics." *Signs: Journal of Women in Culture and Society*. 26(4): 983-1006.

In this article, the author questions conventional representations of globalization and investigates their implications for imagining feminist subjectivity within, and resistance to, global capital. She focusses on the construction of subjectivities in the political economy literature on gender and globalization. Contemporary thinking about globalization is not, of course, limited to its forms in political economy. Perspectives on this topic span academic, activist, cultural, literary, and other disciplinary practices and sites. Still, political economy knowledge has participated in the construction of these perspectives. Thus, feminists working in all areas have to negotiate the various meanings of the political economy of globalization.

Blacklock, C. 2000. *Women and Trade in Canada: An Overview of Key Issues*. Ottawa: Status of Women Canada.

This paper discusses the progression of trade throughout the previous decade and its impact on Canadian women's lives, and highlights the varied perspectives of feminists concerning the benefits of trade and best responses. It explains that the pressures that trade liberalization has placed on government often forces reductions in public expenditure, with negative implications for female users of social programs including universal health care. Gendered effects of trade liberalization concentrate on the areas of health care, education, entrepreneurship and agriculture selected for their dual role as significant aspects of trade policy and factors for many Canadian women. With respect to health services, the potential impact of the General Agreement on Trade in Services is mentioned, noting the potential for women to benefit although deeming the negative effects more likely.

Cagatay, N. 2000. *Trade, Gender and Poverty*. New York: United Nations Development Programme.

This paper focusses on the relationship of trade, on the one hand, with gender and poverty, on the other, within the context of the human development paradigm.

Specifically, it examines the impact of trade liberalization on gender inequalities (primarily via employment, wages and the care economy) and the impact of gender inequality on trade performance. These interactions are discussed in light of mainstream literature on trade, growth and poverty reduction, which defines poverty in terms of income or consumption, and largely ignores gender. The paper also considers the policy implications of a gender-aware approach to international trade analysis and the current world trade regime.

Cohen, M.G. 1987. *Free Trade and the Future of Women's Work: Manufacturing and Service Industries*. Toronto: Garamond Press.

This study was a response to the Canadian government's lack of concern about what free trade with the United States would mean for women. The author suggests that this initiative to negotiate free trade with the United States began because of pressure from big business, and Canada rushed into the agreement without public debate and without a clear understanding of what it would mean for people. This study is not comprehensive in that the author has not been able to cover all industries and all occupations in which women's work is threatened by a free trade arrangement. She suggests, however, that in some sectors, particularly in manufacturing, the impact will occur in a fairly short period of time. However, in others, such as in the public services, changes will be more gradual and will occur in response to the necessity to harmonize social policy over a fairly long period of time.

Cohen, M.G., L. Ritchie, M. Swenarchuk and L. Vosko. 2002. "Globalization: Some Implications and Strategies for Women." *Women's Studies/les cahiers de la femme: Women, Globalization and International Trade*. 21(22): 6-14.

The focus in this paper is on two specific areas which feminists have not yet devoted significant attention to but are indicative of the direction in which globalization is taking us. The first section looks at the ways in which the new legal processes that are emerging as a result of globalization threaten our democratic institutions as they currently exist. The main point is that, at both the international and national levels, the legal processes that epitomize our notions of democracy are being shifted from those that are accessible, open and public processes, to secret proceedings, which exclude public scrutiny. The new institutions that are being established are not democratic, do not replace the market-controlling functions of nations and shift power decidedly in favour of international corporations.

Dewan, R. 1999. "Gender Implications of the 'New' Economic Policy: A Conceptual Overview." Women's Studies International Forum. 22(4): 425-429.

This article examines the effects of globalization on opening up the Indian economy for international trade. Economic reforms under the New Structural Adjustment Programme (1991) include the deregulation of the economy to allow free market forces to operate unfettered. With increasing global economic competition, employment conditions have declined and government spending on social and welfare services has decreased. This article demonstrates the impact on women, and how policy makers assume the burden of social services can be "costlessly" transferred from the "productive" economy to the "non-productive" economy, that is, to women within the household. The author concludes that

women's multiple roles in production and reproduction are negated by the absence of gender analysis in economic policy making.

Durano, M.F.B. 2001. "Gender Issues in International Trade, Centre of Concern." <http://www.coc.org/pdfs/coc/gender_issues.pdf>. Retrieved July 8, 2002.

This report states that the widening scope of international trade negotiations in recent decades forces those on the periphery of policy making to take a comprehensive approach to analyzing the impact of these developments. This paper begins to show the many ways the impact of trade can be felt by women and men, and suggests that further research is needed to better understand gender issues in international trade.

Evers, B. 1999. "Engendering the Trade Policy Review Mechanism of the WTO." In *Gender Focus on the WTO*. Edited by E. Haxton and C. Olsson. Sweden: Global Publications Foundation; pp. 91-99.

The author argues that among the criticisms of the World Trade Organization (WTO) is the lack of accountability to national economies and its failure to represent women and women's interests. The lack of accountability of the WTO to the UN mandates on gender equity and the absence of a gender analysis of trade issues within the WTO is worrying. The present paper focusses specifically on improving the gender awareness of the trade policy review process. It suggests ways to integrate gender into the key policy documents of member countries and the WTO in this process.

Evers, B. 2002. "Gender, International Trade and the Trade Policy Review Mechanism: Conceptual Reference Points for UNCTAD." Gapresearch.org, Institute of Development Studies. <http://www.gapresearch.org/governance/BE%20evers%20unctad%20paper1.pdf>. Retrieved August 6, 2002.

This paper examines the extent to which the national trade policy process is transparent and includes the interests of the poor, with a particular focus on women involved in the horticulture sector as workers and as contract farmers. It aims to explore the extent to which it is possible for the broad concerns of women workers to be reflected in the international trade and development agenda. The author is in full agreement with the need to improve the capacity of developing countries to participate in the World Trade Organization (WTO) and to benefit from new trade rules and globalization in general. However, it is argued that strengthening developing country members' capacity for meaningful participation within the WTO is not sufficient for strengthening the accountability of national governments to the poor and marginalized groups, and especially not for the poor women.

Foerde, J.G. 1999. "Giving Trade a Human Face: Gender and Development Action on International Trade — Strategies, Work and the WTO Focus of the IWGGT." In *Gender Focus on the WTO*. Edited by E. Haxton and C. Olsson. Sweden: Global Publications Foundation, pp. 115-141.

The author argues that the realization of economic, social and cultural rights should be the fundamental framework for, and goal of, all multilateral and bilateral trade, investment and financial agreements and rules. This article takes its point of departure in

a rights-based approach to mainstreaming the crosscutting concern of gender and women and development into international trade work and rules, and the WTO. It also gives the background and status of the international "gender action focus" on the WTO and international trade as expressed in the international network, Informal Working Group on Gender and Trade.

Fontana, M., S.P. Joekes and R. Masika. 1998. "Global Trade Expansion and Liberalization: Gender Issues and Impacts." *BRIDGE Report Institute of Development Studies*. 42: 1-81.

This paper argues that gender analysis is important in understanding why some countries, sectors or regions are unable to capitalize on potential trading opportunities, which relates, in part, to rigidities and distortions, including gender distortions in factor markets. It finds that the benefits of trade expansion are differentiated between women and men, as well as between different groups of women, with implications for both gender equality and poverty reduction goals. The consequences of trade liberalization and expansion for women both absolutely, and relative to men, have been mixed, with both positive and negative features, depending on a range of factors and preconditions.

Fontana, M. and A. Wood. 2000. "Modeling the Effects of Trade on Women, at Work and at Home." *World Development*. 28(7): 1173-1190.

Foreign trade affects women's wages and jobs, their household work and leisure. This paper develops a model which covers not only all the sectors of the market economy, but also social reproduction and leisure activities, for women and men separately. The model, which in other respects is a standard computable general equilibrium model, is applied to a simplified set of data for Bangladesh. Its use is illustrated by simulating the gendered effects of changes in trade policies and capital flows.

Granada, D. 2000. "A Response by Women to the Rapid Diminution of Health and Other Social Services." *Health & Human Development in the New Global Economy: The Contributions and Perspectives of Civil Society in the Americas*. Edited by A. Bambas, J.A. Casas, H.A. Drayton and A. Valdés. Washington: Pan American Health Organization, pp. 305-308.

The author argues that the Nicaraguan government is a willing player in the international economic system that fosters individualism and greed, and abdicates responsibility for the welfare of its people. Following dictates of structural adjustment laid down by the International Monetary Fund and the World Bank to service the foreign debt, for every US$5 spent on external debt, US$1 goes to social services and education. The authors argue that the government is rife with accusations of corruption, some linked to drug trafficking and that the health policies of the government, in agreement with the Roman Catholic church are anti-women.

Hale, A. 1999. "The Voice of Experience: What Women Know About the Impact of the New Trade Agenda." In *Gender Focus on the WTO*. Edited by E. Haxton and C. Olsson. Sweden: Global Publications Foundation, pp. 55-66.

This paper argues that trade policy is developed and implemented by high-level officials in remote forums, but the impacts are experienced in the daily lives of people at all

levels of society. They are experienced by men and women differently, because they hold different positions in relation to the productive and distributive processes.

Hassanali, S. 2000. *International Trade: Putting Gender into the Process Initiatives and Lessons Learned*. Ottawa, Status of Women Canada.

This paper examines how structures and processes within which trade policy is formulated may be conducive to putting gender issues on the agenda, and to reviewing past efforts to integrate gender concerns in the formulation of trade policy. The second section examines various consultation mechanisms that are already in place and analyzes the extent to which such mechanisms have facilitated women's participation. The third section reviews the efforts of women's organizations in Canada and globally to influence the trade policy agenda, focused on the Canada–United States Free Trade Agreement, the North American Free Trade Agreement, the General Agreement on Tariffs and Trade, the World Trade Organization and the Free Trade Area of the Americas. The fourth section examines more closely a slightly different approach taken within the Asia-Pacific Economic Cooperation forum: the gender mainstreaming approach.

Henriquez, J.D. 1999. *The Illusion of Inclusion: Gender Focus on the WTO*. Edited by E. Haxton and C. Olsson. Sweden: Global Publications Foundation, pp. 100-114.

This paper argues that the Lome Convention has given the 71 developing countries the "illusion of inclusion" through partnership with the European Community. Past Lome Conventions have failed to address the problem of poverty in countries adequately. The participation of stakeholders, in particular women, has been neglected.

Keller-Herzog, A. 1996. *Discussion Paper: Globalisation and Gender Development Perspectives and Interventions*. Ottawa: Canadian International Development Agency, Women in Development and Gender Equity Division, Policy Branch.

This paper argues that Canada's official foreign policy statement recognizes that globalization has dramatic economic effects. Canada's national policy makers have to take account of globalization, and its effects on Canadians, both as constraints and opportunities for domestic and foreign policy. Globalization similarly has implications for policy makers in developing countries. This discussion paper approaches globalization and its implications for developing countries from a gender perspective. The approach is intended to strengthen the Canadian International Development Agency's ability to fulfill its partnership roles and responsibilities in developing countries.

Konig, S. 1999. "Embracing Women as Full Owners of Human Rights." In *Gender Focus on the WTO*. Edited by E. Haxton and C. Olsson. Sweden: Global Publications Foundation, pp. 15-39.

The author argues that human rights are a political–economic ideology. Human rights norms and standards set out and expand on a particular cultural, ideological and political praxis that promises a future of dignity and peace for humanity. This chapter briefly explains the contours of that praxis and how we can begin to realize it. The premise of this essay is that if all women, men and children knew they were owners of human rights

and adopted the human rights framework in their struggles for economic and social justice, a new political economic system would emerge.

Lamy, P. 2001. *Trade Liberalisation and Globalisation – What Are the Impacts on Women's Lives?* EWL seminar, Barcelona, European Women's Lobby.

In this speech, Lamy argues that the neutrality of international trade law on gender issues (and neutrality must govern obligations between states) does not exclude discussion of the overall purpose of negotiations, whether on trade or other matters. For the European Union, global governance makes development possible that is socially, economically and environmentally sustainable. Seen in this perspective, it is policies that provide suitable responses to gender-based issues, whether they are domestic policies, backed, where need be, by appropriate international aid, common policies such as those forming the building blocks of the European Union, or international commitments.

Marchand, M.H. and A.S. Runyan (eds.). 2000. *Gender and Global Restructuring: Sightings, Sites and Resistances*. Routledge/RIPE Series in Global Political Economy. London and New York: Routledge.

Taking us beyond the narrow limits of conventional approaches to globalization, this book reveals the complexities and contradictions inherent in global restructuring. Restructuring does not just relate to the material but also relates to identity and geography. Gender-blind analyses have previously ignored the differing national and regional contexts of restructuring states, markets, civil society as well as in the household, profoundly affecting the daily lives of men and women.

Marsden, L. 1992. *Timing and Presence: Getting Women's Issues on the Trade Agenda*. Working Paper GSD No. 3. Toronto: International Federation of Institutes for Advanced Study.

This working paper examines a series of multilateral and bilateral trade agreements that have changed the nature and substance of action in the social sector in a number of countries. This appears to have had an impact on the lives of women although, because the impacts are often indirect, it is difficult to quantify these changes. In this paper, special attention is paid to the Free Trade Agreement between Canada and the United States that was negotiated in the late 1980s. This serves as a model for the examination of the process by which the social sector is dealt in, or out, of consideration. Reference is made to the European Economic Community Single European Market process by way of comparison.

Morris, M. 2000. "Women, Poverty and Canadian Public Policy in an Era of Globalization, Canadian Research Institute for the Advancement of Women." <http://www criaw-icref.ca/Poverty_and_globalization.htm> Retrieved June 14, 2002.

This presentation discusses the structural reasons for the continued overrepresentation of women among the poor in Canada. It analyzes the social and economic impact of poverty on society, on children and on women themselves, and shows how Canadian public policies implemented in recent years have contributed to poverty among women. The paper discusses how globalization and trade agreements exert both a direct and indirect influence on Canadian public policy, and proposes individual and collective strategies and resources for change.

Munro, D. 2002. "NAFTA and the Maquiladoras." <http://www.u.arizona.edu/ic/mcbride/ws200/munr-heal.htm> Retrieved May 17, 2002.

The author argues that the overall impact of the Border Industrialization Program on the U.S.–Mexico border and the *maquiladora* industry has been manifold, resulting in increases in the *maquiladora* border population, environmental pollution, and human social and health concerns. It is also important to recognize that prior to ratification of NAFTA, the Clinton administration demanded, under pressure by environmental and labour groups, the attachment of two side agreements concerning labour and the environment. The author suggests that although it is still too early to tell, NAFTA appears to be amending some of the inherent problems that exist along the U.S.–Mexico border.

Ongile, G. 1999. "International Trade and Gender: A Research Agenda for East Africa." In *Gender Focus on the WTO*. Edited by E. Haxton and C. Olsson. Sweden: Global Publications Foundation, pp. 40-54.

This chapter argues that the benefits of international trade can be realized by opening up Africa through trade liberalization. Trade liberalization has been viewed as one of the means through which trade expansion can be achieved. Regional integration is one of the key mechanisms through which a regionally co-ordinated trade liberalization program can be implemented.

O'Regan-Tardu, L. 1999. *Gender Mainstreaming in Trade and Industry: A Reference Manual for Governments and Other Stakeholders*. London: The Commonwealth Secretariat.

This guide is directed to helping ministries of trade, through a concerted, regularly monitored cycle, to formulate realistic strategies aimed at fostering gender equality within the government sector itself, and to help promote the greater involvement of women, and their advancement to higher managerial levels, in all aspects of the country's trade development objectives and operations. Such strategies must involve both the public and private sectors, and be carried through over a number of years if success is to be achieved.

Pearson, R. 2000. "Moving the Goalposts: Gender and Globalisation in the Twenty-First Century." *Gender and Development*. 8(1): 10-19.

Development institutions saw their work challenged by those working on gender and development in the last third of the 20th century. The author argues that the new century will witness an assertion of the global relevance of gender in development, and see gender analysis applied in new contexts, and to men as well as women.

Porter, A. 1987. *Impact of Free Trade on Women in Manufacturing*. Ottawa: Canadian Advisory Council on the Status of Women.

This paper looks at the industries that will either gain or lose from a free trade agreement between Canada and the United States. The author predicts that the industries that will benefit from an agreement are those that are technologically advanced and employ few women. Those that will lose as a result of an agreement are labour-intensive and employ a high proportion of women. The author also examines how free trade will affect

working conditions in Canada. She speculates that employers seeking to become more competitive internationally may cut benefits to employees, be unwilling to introduce pay equity, reduce wages to compete with low-wage U.S. workers, and reduce employer contributions to unemployment and medical insurance.

Riley, M. 2001. *Women's Economic Agenda in the 21st Century*. Occasional Paper Series on Gender, Trade and Development. Geneva: World Health Organization.

This paper argues that the shift from Women in Development (WID) to Gender and Development (GAD) was particularly important because it transformed the women's agenda. The WID agenda focussed on two main goals: to generate discussions and research on the role of women in development, and to institutionalize a women's focus within development agencies and governments with the mandate to integrate women into development. The GAD approach uses gender, rather than women, as an analytic category to understand how economic, political, social and cultural systems affect women and men differently. Gender is understood as the social roles, expectations and responsibilities assigned to women and men because of their biological differences. It is an ideological and cultural construct that shapes women and men's realities.

Runyan, A.S. 1999. "Gender, Free Trade Culture, and Cultures of Resistance." In *Gender Focus on the WTO*. Edited by E. Haxton and C. Olsson. Sweden: Global Publications Foundation, pp. 7-14.

This paper contends that despite decades of feminist criticism that focusses on the deleterious effects on women of the multiple facets of economic globalization as well as decades of women's resistance to these assaults, *The Economist* makes no mention of this resistance or of women at all. Instead, the "woman problem" is subsumed under the categories of labour, child labour and environmental problems, which *The Economist* goes to great pains to explain are not the result of free trade, but rather are social and political problems that should not be dealt with through trade or other economic sanctions.

Sen, G. 1997. "Globalization, Justice and Equity: A Gender Perspective." *Development*. 40(2).

The author examines the impact of globalization on women, looking in particular at the role of the government. She argues that as well as understanding and challenging the detrimental dimensions of globalization, it is also necessary to aim to transform the state so governments can begin to serve people and women in today's configuration of power. In this reshaping, women can play a role as power brokers in their activities in civil society at local, regional and global levels.

Shiva, V. nd. "The Effects of WTO on Women's Rights, Third World Network." <http://www.twnside.org.sg/title/women-ch.htm>. Retrieved July 18, 2002.

This paper argues that with the advent of a new regime of globalization as a result of the conclusion of the General Agreement of Tariffs and Trade (GATT) final agreement and the establishment of the World Trade Organization (WTO), a new era of gender politics has begun. Gender analysis in the new era requires a paradigm shift away from the domestic realm to the global arena. The completion of the Uruguay round of trade

talks and the establishment of the WTO on January 1 1995, have drawn all domestic issues into the global economy, and all matters related to life — ethics, values, ecology, food, culture, knowledge and democracy — into the global arena as matters of international trade. The perspectives and position of women in the remotest villages of developing nations have thus come into direct collision with the perspectives and power of men who control global patriarchal institutions.

Sparr, P. 2001. Making the Connections Between Debt, Trade and Gender. *Economic Justice News Online*. 4(3): 1-5.

The author argues that one of the important and exciting developments in debt advocacy work is the increased attention to international trade and investment issues. This has come in part as a result of a strategic shift in the movement toward focussing more energy on the underlying root causes of high foreign indebtedness and global poverty. For those who may be new to trade and investment issues, this article attempts to provide some basic background on links between debt, trade and investment, as well as some of the ways to extend a gender analysis into this new arena.

Spieldoch, A. 2001. "GATS and Healthcare — Why Do Women Care?" International Gender and Trade Network, Secretariat. <http://www.genderandtrade.net/GATS/GATS%20and%20Healthcare.pdf>. Retrieved June 6, 2002.

This paper explains that women are concerned with the General Agreement on Trade in Services (GATS), because it will potentially affect many levels of their lives. The World Trade Organization (WTO)'s focus on trade in services, including health care services, dates back to the Uruguay round in 1994. But the trend to privatize health care services has been developing over the last 20 years. It is important to recognize that although not all WTO countries have scheduled commitments on health care services (approximately 100 to date), women are aware of the potential impact of these negotiations, because they have already experienced the negative impacts of privatization of health care globally. As the world's primary providers of these services, women have been most affected when public access to these services is denied. Further privatization and liberalization of health care services will do harm to women if their basic needs are left to the whims of the market.

van Staveren, I. 2001. "Gender Objectives in EU Trade Policy: Extract Taken from Gender and Trade Indicators, WIDE." <http://www.eurosur.org/wide/EU/Trade/Gender_Objectives.htm>. Retrieved July 8, 2002.

This paper discusses the European Union (EU)'s gender policy that derives from outside as well as from internal commitments to gender equality. Hence, the EU gender policy evolved partly from commitments made at the UN Conferences on Women and Development held in 1975, 1985 and 1995. At the same time, EU gender policy evolved from internal commitments to gender equality, starting with a directive on equal pay in 1975, as well as from cases brought to the European Court of Justice. In 1995, the European Commission accepted a resolution on gender issues in development co-operation, which was turned into a council regulation in 1998. In this regulation, micro,

meso and macro policies are mentioned including structural adjustment policies, which should take women and men's roles into account.

Waterman, P. 1997. *Critical Globalization Theory and the Global Women's Movement? Some Propositions of Solidarity, Communication and Citizenship*. The Hague: Institute of Social Studies.

This paper argues that the global — level, process, epoch, ideology and episteme — provides an increasingly central terrain for the women's movement. He contends that this flies in the face of the idea that while capitalism is increasingly global, women's social movements are inevitably national, or even more local. The international women's movement needs to be reconceived in terms of globalization. A theoretically critical and socially committed understanding of globalization can provide the basis for such a reconceptualization. Globalization processes imply for women and women's movements threats, promises and seductions. Success here requires not only a new worldview, but a new understanding of women's global citizenship, of women's global solidarity and of women's global communication/culture.

White, M. 2001. GATS and Women. *Foreign Policy in Focus*. 6(2): 1.

White explains that since December 2000, members of the World Trade Organization have continued negotiations to expand the General Agreement on Trade in Services (GATS). She argues that GATS aims to expand dramatically the ability of multinational corporations to provide services on a for-profit basis and creates a new regulatory framework for trade in services. GATS could have enormous implications for domestic laws, for developing countries and for sustainable development, particularly for women living in poverty in developing countries.

White, M. 2002. "Analysis of USTR Proposals for the FTAA from a Gender Perspective." Women's Edge. <http://www.womensedge.org/trade/usproposalsftaa2002.htm>. Retrieved July 12, 2002.

This paper explains that while trade could lift women and their families out of poverty, to date, too many women are being left behind. The current proposals in the Free Trade Area of the Americas (FTAA) do not ensure that trade acts as a tool to achieve gender equity, social justice and sustainable development. Rather, they codify the increasing dominance of corporate-led free trade, which places profits and economic growth above basic human needs. The negotiations to create the FTAA have been preceded by economic reforms and structural adjustment policies that were mandated by the World Bank and International Monetary Fund. These reforms include privatization of companies, of health, education and children's services, as well as reductions in government budgets for the provision of social services, the deregulation of labour markets and other policies.

White, M. 2002. "Making Trade Work for Women: Opportunities and Obstacles." Women's Edge. <http://www.womensedge.org/trade/tradeprimer.htm>. Retrieved July 8, 2002.

In this primer, Women's Edge looks at trade liberalization through a gender lens. How are macroeconomic policies that are negotiated by government officials actually affecting women in their daily lives? What types of policies and programs could be

implemented to ensure that increased trade does benefit the poor, particularly poor women? For the majority of women living in poverty to benefit from trade liberalization, negotiators must reorient policies so the goal of trade becomes higher levels of economic security, food security and greater protection for social, political, cultural and human rights, rather than simply increased profits and economic growth.

Williams, M. 2001. *Gender and Trade in the International Economy: A Brief Overview.* Financing for Development: New Tendencies, New Exclusions and New Strategies for Women in the Region, Cartagena de Indias, Colombia, REPEM-DAWN.

This presentation argues that, from the vantage point of gender and trade policy, it is important to be clear about at least four issues. What exactly is trade policy? What are the impacts on, and how is the policy impacted by, existing gender realities in the economy? What are the directional shifts in trade policy? What are the implications of such shifts for sustainable development, gender and social equity? This presentation briefly sheds some light on these four questions. Part I attempts to answer questions one to three by highlighting the gender dimensions of trade policy analysis and trade liberalization. Part II addresses the fourth question with a brief outline of some regional, as well as sectoral, similarities and differences.

Home Care and Health Care

Armstrong, P. 1999. *Caring for Women in the New Global Economy.* Keynote address, annual conference of the Canadian Research Institute for the Advancement of Women. Sudbury. October.

The author explains that 80 percent of those who provide paid and unpaid care are women, and so suffer an enormous impact of the "privatizing by stealth" of the health care system. She debunks the myth that a parallel private system would reduce pressure on the public system and reduce waiting lists. A private system doesn't change the number of doctors or patients. It only changes the order of who gets treated first: people with money, over people with the greatest medical need. The "treat 'em and street 'em" attitude of U.S.-style "drive-by surgery" is taking a foothold here in Canada, where Alberta is considering private hospitals and where home care in some provinces is largely private, poorly paid and poorly regulated. The author argues that waiting list problems are best resolved by a reinvestment in the public system.

Armstrong, P., C. Amaratunga, J. Bernier, K. Grant, A. Pederson and K. Wilson. 2002. *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada.* Ontario: Garamond Press.

This book is a collection of articles addressing what is happening in Canadian health care reform, and what it means for women. Women are the main providers of care, whether the care is paid or not, institutional or home-based. Women are also the main recipients of care, especially among the elderly. Although women are involved in much of the daily decision making about health care, they are much less visible among senior policy makers and managers. Given that women make up 80 percent of health care providers, paid and unpaid, and a majority of patients, it would be expected that the

question of the impact on women would be at the top of the policy agenda. This, however, is not the case.

Armstrong, P. and H. Armstrong. 2001. *Thinking It Through: Women, Work and Caring in the New Millennium*. Halifax: Maritime Centre of Excellence for Women's Health.

This report draws on both Canadian and international literature to help understand the forces, structures and relationships that construct women as caregivers and undervalue care work. The purpose of this analysis is to develop guidelines for thinking about caring. It is designed as a companion piece to *One Hundred Years of Caregiving in Canada*. Based on the Canadian research on caregiving among adults, that paper outlines what kinds of care are provided and who provides different kinds of care, leading to a framework for assessing policy. The authors argue that the guidelines set out here should be combined with that framework to understand and assess women's caring.

Armstrong, P. and O. Kits. 2001. *One Hundred Years of Caregiving*. Ottawa: Law Commission of Canada.

This paper focusses on what is often called informal caregiving. Such care is usually unpaid, done with little formal training and based on an existing relationship. Yet even the distinction between formal and informal care is far from simple. Some relatives are paid for such informal care; some begin as strangers; many have become quite skilled at caregiving and share the job with those who are part of the formal system. To help sort through this complexity, the paper begins with a discussion of the diversity in caregiving relationships. It then moves on to consider what changed and did not change significantly in these relationships throughout the 20th century. On the basis of this exploration of history and diversity, the final sections set out a framework for assessing legislation, regulations and policy that influence caregiving among adults.

Armstrong, P., M. Boscoe, B. Clow, K. Grant, A. Pederson, K. Wilson, O. Hankivsky, B. Jackson and M. Morrow. 2003. *Reading Romanow: The Implications of the Final Report of the Commission on the Future of Health Care in Canada for Women*. Ottawa: The National Coordinating Group on Health Care Reform and Women.

This report analyzes some major issues for women raised by the release of the Romanow Report. The authors provide a detailed analysis of the issues in the Romanow Report and comment on the recommendations. Throughout the Romanow Report, Romanow repeatedly asks what health reforms mean for Canadians. The authors challenge policy makers to think also about what health reforms mean specifically for women.

Aronson, J. and S.M. Neysmith. 2001. "Manufacturing Social Exclusion in the Home Care Market." *Canadian Public Policy*. 27(2): 151-165.

This paper examines how the health care perspective, which dominates home care, obscures the broader processes of social exclusion that play out in this arena of public policy. A study of elderly women and women with disabilities receiving home care in Ontario reveals how managed community care generates and reinforces service users' social isolation and their spatial, institutional and political exclusion. Analysis of study participants' experiences points to the challenges of moving away from a market discourse and a health framework to develop home care policy, which achieves the

inclusion and participation of elderly citizens and citizens with disabilities in need of assistance at home.

Baird, K.L. 1998. *Gender Justice and the Health Care System*. New York and London: Garland Publishing Inc.

Despite women's overall greater use of medical services, gender justice in the U.S. health care system still is lacking. In this dissertation, Baird probes policy inequalities and proposed reforms in light of utilitarianism, feminist theories, medical research and access to heath care insurance. She proposes a framework for a gender-just health care system based on recognition of women's unique needs.

Baranek, P.M , R. Deber and A.P. Williams. 1999. "Policy Trade-Offs in Home Care: The Ontario Example." *Canadian Public Administration*. 42(1): 69-92.

The authors explain that as Canada enters the 21st century, its highly prized program, medicare, is undergoing radical transformation. With technological change and the restructuring of health systems, the locus of care is shifting from institutions to the home. As a result, care that was formerly publicly financed under the *Canada Health Act* is technically becoming de-insured. This paper analyzes the reform of community-based long-term care services in Ontario from 1985 to the present. Underlying the debate in Ontario was a fundamental disagreement about the role of government, reflected in views about the responsibilities of individuals and their families, and the appropriate place of for-profit organizations within a publicly funded system. The reform of this sector has significance that goes beyond its boundaries, with wider implications and warnings for health care in general.

Barlow, M. 2002. *Profit Is Not the Cure*. Ottawa: Council of Canadians.

The author argues that "profit is not the cure" for the Canadian medicare program and that every Canadian has a right of citizenship to publicly funded, accessible, universally delivered health care. She argues that Canadians can afford to maintain and even strengthen the health care system, if they eliminate the current for-profit components that are causing some costs to spiral, such as patented drugs, fee-for-service, and overpaid administrators, and turn to a primary care, community-based, fully public model run more equitably and more efficiently. Further, the right of Canadians is the right of every human being on the planet; Canada must work with other governments and the United Nations to see that universal, public health care is provided to the world.

Bartlett, H.P. and D.R. Phillips. 1996. "Policy Issues in the Private Health Sector: Examples from Long-Term Care in the U.K." *Social Science Medicine*. 43(5): 731-737.

This paper contends that the international trend toward private markets in health care can be illustrated very clearly by developments over the last decade in the United Kingdom where the balance of health care provision has shifted from a predominantly free, public and comprehensive system to more of a mixed economy model. The shift can be attributed to a variety of factors, and not government policy alone. The relationship between the private and National Health Service sectors of health care is not a simple one, and there are both positive and negative implications of the public–private mix. The

growth of private hospitals and acute beds has dominated debates about private health care, but further policy issues have emerged in relation to the significant growth in private residential and nursing home care.

Braen, A. 2002. *Health and the Distribution of Powers in Canada.* Ottawa, Commission on the Future of Health Care in Canada.

This study deals with the constitutional distribution of powers in the area of health services. It analyzes the applicable provisions in Canada's Constitution as well as their interpretation by the courts. By describing the state of the law relating to health, it seeks to inform the Commission on the Future of Health Care in Canada about the legal principles underlying federal and provincial intervention in the field of public health and to enable the Commission to provide the federal government with recommendations on the policies and measures needed to ensure the long-term sustainability of a universally accessible, publicly financed system of health care.

Browne, P.L. 2000. *Unsafe Practices: Restructuring and Privatization in Ontario Health Care*. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives.

This book argues that Ontario today is witnessing piecemeal privatization in health care with the introduction of private-sector business strategies and management ideologies into the public health care system, reductions and stagnation in public spending in the sector, the restructuring and rationing of publicly delivered services, and costs shifting from the public purse to the individual household. The author shows how these unsafe practices have pervaded Ontario's health care system, from hospitals to home care, laboratory to ambulance services, long-term care to primary care. He argues that privatization, spearheading the neo-liberal attack on social citizenship, is robbing Canadians of their common heritage of universal public services.

Canadian Home Care Association. 2002. "Formal Submission from the Canadian Home Care Association." Ottawa, Commission on the Future of Health Care in Canada.

This brief to the Romanow Commission from the Canadian Home Care Association addresses the four major themes: Canadian values, sustainability, managing change and co-operative relations, as identified by the Commission, as they relate to home care as an integral component of the health care system. It further recommends ways in which a strong home care system will support the long-term sustainability of a high quality, universally accessible, publicly administered health care system, for all Canadians.

Casas, J.A., R.D. Casco and C.T. Parodu. 2000. "Governability and Governance: Toward Health and Human Development." In *Health & Human Development in the New Global Economy: The Contributions and Perspectives of Civil Society in the Americas*. Edited by A. Bambas, J.A. Casas, H.A. Drayton and A. Valdés. Washington: Pan American Health Organization, pp. 231-255.

The authors find that governance in health — when determining policies and priorities for allocating societal resources as a whole within the economic and political spheres — requires a strategic vision in which leadership is shared, leading roles are agreed upon, and sectoral proposals are submerged in broader processes and agendas than those of past public management. The complexity resulting from this expansion of actors is

intensified by the addition of two increasingly important dimensions in which health action scenarios are generated: at the sub-national level, the decentralization of state activities including its responsibility for providing health services; and at the supra-national level, the impact of globalization and the emergence of new economic and political integration schemes, which have important consequences for health.

Cranswick, K. 1997. *Canada's Caregivers*. Ottawa: Statistics Canada.

Recent changes in the health care system and social services have put further pressure on the caregiving capabilities of families. For instance, shorter hospital stays and greater use of outpatient treatment have increased the need for care at home. These new demands occur at a time when the majority of women — traditionally the primary caregivers — now participate in the labour force. As such, Canadians face the burden of multiple responsibilities to employers, their own spouse and children, and to parents, relatives or friends requiring care.

Day, S. and G. Brodsky. 1998. *Women and the Equality Deficit: The Impact of Restructuring Canada's Social Programs*. Ottawa: Status of Women Canada.

This study investigates whether recent social program changes (e.g., the introduction of the Canada Health and Social Transfer in 1995) adhere to Charter and international commitments that federal and provincial governments have made to Canadian women. The authors conclude that Canada has violated women's rights under section 15 of the Charter, and under international law.

Deber, R.B. 2002. *Delivering Health Care Services: Public, Not-for-Profit, or Private?* Discussion Paper no. 17. Saskatoon: Commission on the Future of Health Care in Canada.

This paper looks at the following question: How should the Canadian system determine whether government, non-profit organizations or for-profit organizations deliver which programs and services? The focus is on delivery rather than on financing or allocation — with an emphasis on the best way to *deliver* health care services, regardless of payment for them.

Evans, R., G. Morris, L. Barer, S. Lewis, M. Rachlis and G.L. Stoddart. 2000. *Private Highway, One-Way Street: The Decline and Fall of Canadian Medicare*. Vancouver: University of British Columbia, Centre for Health Services and Policy Research, Health Policy Research Unit.

Medicare has two meanings for Canadians: the entire range of health care services, or only those (mainly physicians and hospitals) mandated and governed by the *Canada Health Act*. This paper focusses on the narrower legal meaning of medicare, as does the recent Alberta proposal to fund *Canada Health Act*-mandated services delivered on an overnight stay basis in privately owned and operated facilities. The authors explore the implications for the health care system of changes in provinces like Alberta.

Fast, J., J. Eales and M. Keating. 2002. *Economic Impact of Health, Income Security and Labour Policies on Informal Caregivers of Frail Seniors*. Ottawa: Status of Women Canada Policy Research Fund.

The authors explain that the extent and consequences of elder care are well documented. However, they contend that little is known about how individual policies actually influence the economic well-being of informal caregivers or about their collective effect across policy domains and jurisdictions. The first objective is an analysis of the economic impact of current health, income security and labour programs by type of informal caregiver, and region of the country. The second objective is to develop a policy analysis framework to facilitate ongoing evaluation of the impact of any policy instrument on the economic costs to informal caregivers of frail seniors.

Flood, C. 1999. *Unpacking the Shift to Home Care*. Halifax: Maritime Centre of Excellence for Women's Health.

Home care has recently become a significant policy issue in Canada and in many other developed countries. This paper focusses on the factors that have and are fuelling the recent and rapid shift from the provision of care in hospitals and institutions to home care. The goal is to analyze which members of society will bear the costs of this shift and to explain why the distribution of these costs has largely been ignored. Unpacking the larger forces causing the shift to home care will help Canadian citizens, particularly Canadian women, better understand why this shift is occurring and its likely impact on their lives. Having this information should also help women analyze arguments for and against different home care policies, and identify and advocate against those policies that will have a detrimental effect on vulnerable women.

Flood, C. and T. Epps. 2003. "The Implications of the NAFTA for Canada's Health Care System: Have We Traded Away the Opportunity for Innovative Health Care Reform?" *McGill Law Journal*. 47: 747-790.

There are two sharply contrasting perspectives on the implications of NAFTA for medicare. Critics argue that, rather than helping the government support and improve medicare, NAFTA will force Canada to open up medicare to entry by foreign (particularly U.S.) service providers and commercial insurers. It is feared that such an opening of the health care market will inevitably result in the erosion of medicare and a slide into a U.S.-style system of health care driven by for-profit insurers and providers. By contrast, the federal government has given a number of assurances that NAFTA protects the health care sector and therefore poses no threat to the integrity and sustainability of medicare. The authors assess which, if either, of these two contrasting perspectives is correct and closely examine Canada's obligations under NAFTA to determine what constraints it might impose on various proposals for the reform of medicare.

Fuller, C. 1998. *Caring for Profit: How Corporations Are Taking Over Canada's Health Care System*. Ottawa, Canadian Centre for Policy Alternatives.

The author argues that the federal government is committed to assisting the private sector in the development of Canada's health information technology and telecommunications sector. This is being done by extending generous financial support and creating the "right" political and regulatory environment for corporations doing

business in the sector. Both provincial and federal governments are trying to steer a public policy course that will sanction health information as private property (thereby attracting high-tech investors), yet still protect the privacy of patients as required under human rights legislation. Health information is thus being defined primarily as a private good. The author highlights the fact that there is no public policy debate in the media or among politicians and public officials about the benefits of prohibiting corporate ownership and control over health information altogether.

Fuller, C. 2001. *Home Care: What We Have, What We Need*. Ottawa, Canadian Health Coalition.

The author argues that the overriding tension in the home care debate, like that which has dominated Canada's health care system since the first discussions about medicare emerged, is between those who want a home care program to provide a service, and those who want it to provide a return on investment. This study looks into the way that tension has influenced federal and provincial policies that determine how and whether home care is delivered in every part of the country. During medicare's early years, such divisions shaped the health care terrain, at once galvanizing public opinion and immobilizing politicians until an election was called. However, as this report illustrates, the lack of decisive political action, especially at the federal level, today is set against a backdrop of trade agreements, globalization and powerful investors, on the one hand, and home care recipients, their families, caregivers and taxpayers on the other.

Greaves, L., O. Hankivsky, C. Amaratunga, P. Ballem, D. Chow, M. De Konick, K. Grant, A. Lippman, H. MacLean, J. Maher and B. Vissandjeé. 1999. *CIHR 2000: Sex, Gender and Women's Health*. Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.

This paper investigates the issues of sex, gender and women's health in health research. The authors argue that the advent of the Canadian Institutes for Health Research (CIHR) planned for April 2000 offers a tremendous opportunity for Canada to reorient its health research system to include sex, gender and women's health in a more systematic and effective manner. It will also foster the integration of basic biomedical, applied clinical, health systems, and social and cultural dimensions of health research in a new research environment. Both of these directions will contribute to the transformation of the substance and process of health research in Canada. Clearly addressing and including sex, gender and women's health in this plan from the outset will position Canadian health research in the forefront internationally. It will also improve the quality of science in the health research field and decrease knowledge gaps related to the impact of sex and gender in human health and in particular, women's health.

Gustafson, D.L. 2000. *Care and Consequences: The Impact of Health Care Reform*. Halifax: Fernwood.

This paper discusses how health care in Canada has shifted from a cure-care model to a business model. Disguised behind talk of community, care closer to home, consumer choice, patient rights, cost containment and improved efficiencies, the business model has ushered in "bottom line" financial management which has brought us steadily deteriorating health care services. Framed within a clear analysis of this new health care

model, the articles in this collection illustrate how diverse groups in various social and institutional contexts are navigating through a changing health care system — a system upon which women in particular rely for their well-being as caregivers and care recipients, and one that operates more and more on the logic of scientific management.

Himmelstein, D.U., S. Woolhandler, I. Hellander and S.M. Wolfe. 1999. "Quality of Care in Investor-Owned vs. Not-for-Profit HMOs." *Journal of the American Medical Association*. 282(2): 159-163.

This paper discusses the fact that the proportion of health maintenance organization (HMO) members enrolled in investor-owned plans has increased sharply, yet little is known about the quality of these plans compared with not-for-profit HMOs. It attempts to compare quality-of-care measures for investor-owned and not-for-profit HMOs. It finds that, compared with not-for-profit HMOs, investor-owned plans had lower rates for all 14 quality-of-care indicators.

Hollander, M. and N. Chappell. 2000. *Synthesis Report: Final Report of the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care: A Report Prepared for the Health Transition Fund*. Ottawa: Health Canada.

This report is a synthesis report of key findings and implications for care providers, administrators and policy makers. The program of research was designed to determine whether home care is a cost-effective alternative to institutional care (i.e., care in long-term care facilities and acute care hospitals). However, the program of research was also designed to provide an educational function to inform decision makers and the public about home care, and to provide advice about issues related to implementing new and cost-effective home care initiatives.

Hurd, L. 2000. "Women Live in Fear Following Ontario Home Care Cuts." *Herizons*. 14(2): 11-12.

This article highlights a study presented at an Ontario Association of Community Care Access Centres conference, which characterized existing home care services in the province. It discusses the activities of the Community Care Access Centres, the implications of home care cuts on women dependent on such services and home care recipients' assessment of the quality of care they receive.

Lowry, J.A. 2002. "Why Having a National Home Care Program Is a Women's Issue." *Canadian Women's Health Network Magazine*. 5 (2/3): 1-5.

This article argues that there is a virtual crisis state of home care in Canada. Home care is becoming an increasing concern for governments, health care providers, family members and individuals who need such care. But the burden rests especially on women, who give and receive the vast majority of home care.

MacAdam, M. 2000. *Human Resource Issues in Home Care in Canada: A Policy Perspective*. Ottawa: Health Canada.

This report explains that very little Canadian data are available describing the home care work force. As a result, much of the information used for this paper is anecdotal. The growing importance of home care in the total Canadian health delivery system certainly

underscores the importance of improving the accuracy and range of many types of home care data, not the least of which is better information about the home care work force.

Morris, M., J. Robinson, J. Simpson, S. Galey, S. Kirby, L. Martin and M. Muzychka. 1999. *The Changing Nature of Home Care and Its Impact on Women's Vulnerability to Poverty*. Ottawa: Status of Women Canada Policy Research Fund.

The authors explain that the majority of home care recipients, home care personnel and persons responsible for the care of elderly, disabled or ill family members are women. The extreme gender imbalance in every aspect of home care means that home care policies and practices have a significant and varied impact on women's lives. This research builds on previous studies that show women's roles as unpaid and underpaid caregivers contribute to the income gap between women and men. It also examines whether current home care policies and practices have any impact on women's vulnerability to poverty.

Morris, M. 2001. "Gender-Sensitive Home and Community Care and Caregiving Research: A Synthesis Paper." Second draft. Ottawa: Health Canada Women's Health Bureau.

This paper constructs a gendered picture of home and community care by reviewing gender-sensitive research. The authors argue that this evidence can then be used to develop policy that is equitable for women and men. The purpose of gender-based analysis is to develop good, evidence-based policy founded on a complete picture of how women and men are affected. The author argues that it is important that policies result in expected outcomes for both women and men and reduce, rather than exacerbate, inequalities.

National Forum on Health. 1997. *Final Report Canada Health Action: Building on the Legacy*. Ottawa: National Forum on Health.

Based on what was heard and on the analysis, the authors are confident that the health care system can be preserved through change, and that the health of Canadians can be improved. In the report, the authors outline the steps to accomplish this. They argue that not everything can be done at the same time. A step-by-step approach with clear directions that are well understood by the public and stakeholders will be key to garnering their support. The authors also emphasize the importance of co-operation and partnership between governments, and with organizations and individuals involved in health and health care, as action is taken.

National Steering Committee for the Canadian Home Care Resources Study. 2002. *Phase I Report: Setting The Stage: What Shapes the Home Care Labour Market?* February.

Phase I of this report assesses the current and anticipated state of the home care sector in Canada. It examines the factors affecting the home care sector, including social trends, policies and regulatory frameworks, economic and fiscal pressures and technological change. During this phase, key stakeholder groups were consulted about what they believe to be the factors that have and will continue to shape home care in Canada. Interviews with federal, provincial and territorial representatives took place. A range of professional and provider associations, employers and unions, voluntary care givers,

consumers, informal caregivers, educators, labour market researchers and social policy analysts were also asked for input.

Ontario Health Coalition. 2001. *"Dip and Skip" A Supplement to the June 2001 Report on Homecare Reform in Ontario.* Ontario: Ontario Health Association.

This supplement argues that far from actually reforming the home care system set up by the provincial Conservative Government in 1997, Bill 130 serves to silence the boards and CEOs of the Community Care Access Centres (CCACs) who have recently become some of the government's most vociferous critics. However, the coalition argues that the provincial Conservatives cannot silence the people who work in the system. Privately, workers have begun to refer to the Community Care Access Centres as "No Access Centres" for obvious reasons. Home care has become "dip and skip," a reference to the scant amount of time personal support workers are given to bathe clients. While this Bill may achieve a censorship of the CCACs, the critical and worsening problems resulting from the province's short-sighted health care reforms are not going away.

Ontario Health Coalition. 2001. *Secrets in the House: Home Care Reform in Ontario 1997-2000.* Ontario: Ontario Health Association.

This study argues that the driving forces behind the government's restructuring of health care are an ideological commitment to privatization and an attempt to cut funding. To make room for profit taking in the context of inadequate funding, the government has forsaken patient rights, stability and any semblance of coherent outcome-based planning. The changes have been accomplished covertly, veiled by purposeful exclusion from freedom of information legislation, and with notable avoidance of normal democratic processes and accountability. Community care, the fastest growing sector in our health care system is in the midst of a process of wholesale privatization, and access to the care we need — the most fundamental and critical element of the publicly funded system — is eroding.

Organization for Economic Co-operation and Development. 1999. *Trends in Health Expenditure 1970-1997.* Paris: OECD Employment, Labour and Social Affairs Committee, Working Party on Social Policy.

This article provides an overview of current trends in health expenditures in 29 OECD countries and recent revisions of OECD health accounts. U.S. health expenditures are compared with those of other OECD countries. The interactions of cost-containment measures with changes in the public–private mix of financing and in the composition of health care spending are discussed.

Parent, K., M. Anderson, W. Gleberzon and J. Cutler. 2001. *CARP's Report Card on Home Care in Canada, 2001: Home Care by Default Not by Design.* Toronto: CARP.

Although more people are receiving home care than ever before, and more money is being directed to home care, relatively little is known about it compared to the other health sectors. As this report discusses, policy makers have to make increasingly difficult resource allocation decisions around how, where and when to spend public dollars on home care when faced with growing fiscal pressures. There are also

increasing demands for accountability in health care generally and home care specifically. These demands are difficult to address when there is a lack of evidence and limited quality data upon which policy can be guided and subsequently developed.

Romanow, R. 2002. *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*. Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada.

In this report Romanow demonstrates that Canadians are clear that they strongly support the core values on which our health care system is premised: equity, fairness and solidarity. These values are tied to their understanding of citizenship. Canadians consider equal and timely access to medically necessary health care services on the basis of need as a right of citizenship, not a privilege of status or wealth. Building from these values, Canadians have come to view their health care system as a national program, delivered locally but structured on intergovernmental collaboration and a mutual understanding of values. They want and expect their governments to work together to ensure that the policies and programs that define medicare remain true to these values.

The National Forum on Health. 1997. *Final Report Canada Health Action: Building on the Legacy*. Ottawa: National Forum on Health.

This report shows how addressing the needs of children with disabilities and their families requires action on a number of fronts: from child care, income security and labour market systems to health care, education and assistive technology programs. Based on extensive research, this publication lays out the dimensions of policy that would foster the full inclusion and development of children with disabilities and which would ensure that their families receive necessary supports in the community.

Vogel, D., M. Rachlis and N. Pollak. 2000. *Without Foundation: How Medicare is Undermined by Gaps and Privatization in Community and Continuing Care*. Vancouver: Canadian Centre for Policy Alternatives (B.C. Office), B.C. Government and Service Employees' Union, B.C. Nurses Union and B.C. Hospital Employees Union.

The three studies in this report reveal how a fractured and partially privatized community and continuing care sector undermines medicare. They find that inadequate public funding of community and continuing care has created a growing gap between British Columbians' health needs and the public services to which they have access. Rather than becoming more focussed on prevention and early intervention, health care services in all sectors have become increasingly crisis-oriented. Today, only people with serious care needs are able to access public community and continuing care.

APPENDIX B: KEY INFORMANT INTERVIEWS

Canada:

Stephen Clarkson, PhD
Professor
Department of Political Science
University of Toronto
Toronto, Ontario

Ellen Gould
Research Associate
Canadian Centre for Policy Alternatives
Vancouver, British Columbia

Scott Sinclair
Senior Research Associate
Canadian Centre for Policy Alternatives
Charlottetown, Prince Edward Island

Matt Sanger
Research Associate
Canadian Centre for Policy Alternatives
Ottawa, Ontario

Anil Nadoo (Health Care Campaigner)
Steven Staples (Issues Campaigns Co-ordinator)
Victoria Gibb-Carsley (Organizing Co-ordinator)
The Council of Canadians
Ottawa, Ontario

Colleen Fuller
Research Associate
Canadian Centre for Policy Alternatives
Vancouver, British Columbia

Tracey Epps, LLM
Faculty of Law
University of Toronto
Toronto, Ontario

Steven McBride, PhD
Professor
Political Science Department
Simon Fraser University
Vancouver, British Columbia

Ross Duncan
Senior Trade Policy Analyst
Health Canada
International Affairs Directorate
Ottawa, Ontario

Vincent Beaulieu
Advisor, Trade Policy Consultations and Liaison Division
Joanne Hamilton, Investment Trade Policy Division
Bernard Li, Services Trade Policy Division
Allison Young, Deputy Director, Services Trade Policy Division
Department of Foreign Affairs and International Trade (DFAIT)
Ottawa, Ontario

Leah Vosko, PhD
Assistant Professor
CRC Chair
York University
Toronto, Ontario

Europe:
Sarah Sexton
The Corner House
Sturminster Newton
Dorset, United Kingdom

Allyson Pollock, PhD
Health Services and Health Policy Research Unit
School of Public Policy
London, United Kingdom

Debra Lipson
Health Policy Analyst
Department of Health and Development
World Health Organization
Geneva, Switzerland

David Price, PhD
Professor
Health Policy and Health Services Research Unit
University College
London, United Kingdom

Julia Nielson
Trade Policy Linkages Division, Trade Directorate
Organization of Economic Cooperation and Development (OECD)
Paris, France

Rudolph Adlung
World Trade Organization
Geneva, Switzerland

United States:
Alexandra Spieldoch
International Gender and Trade Network
Washington, District of Columbia

Ritu Sharma
Women's Edge
Washington, District of Columbia

Meagan Bovell
UNIFEM
New York, New York

Joseph Stiglitz, PhD
School of International and Public Affairs
Initiative for Policy Dialogue
Columbia University
New York, New York

Shari Spiegel
Director
Initiative for Policy Dialogue
Columbia University
New York, New York

APPENDIX C: TRADE AGREEMENTS TABLE

INTERNATIONAL

Name and Date	Description	Health and Gender-Relevant Aspects of Implementation	Gendered Social Impact Analysis
General Agreement on Tariffs and Trade (GATT) 1947	This agreement created a permanent negotiating body, responsible for the monitoring and regulation of international trade. The first rounds of negotiations held under GATT, dealt mainly with tariff reductions but later negotiations included other areas such as anti-dumping and non-tariff measures. The last round — the 1986-94 Uruguay round — led to the WTO's creation, which replaced the GATT forum. With the establishment of the WTO, GATT became enforceable under international law.	Article XX(b) states that nothing in this Agreement shall be construed to prevent the adoption or enforcement by any contracting party of measures necessary to protect human, animal or plant life or health. However, the application of this (above) provision must be justifiable to the WTO. If challenged, a dispute resolution body is responsible for resolving the issue. However, decisions of panels may not be made on the basis of the judgments of health experts.	
World Trade Organization (WTO) 1995	Created during the Uruguay round. It becomes the successor to the GATT forum. It is the only international organization dealing with the global rules of trade among states. Its main function is to ensure that trade flows as smoothly, predictably and freely as possible. The WTO: • administers trade agreements including GATT, GATS, TRIPS, TRIMS, SPS and TBT; • acts as a forum for trade negotiations; • settles trade disputes; • reviews national trade policies; and • assists developing countries in trade policy issues.		

Name and Date	Description	Health and Gender-Relevant Aspects of Implementation	Gendered Social Impact Analysis
Technical Barriers to Trade (TBT) 1973-79 1995	Works to minimize and prevent protectionism and to enhance trade liberalization with the view that technical regulations for products can operate as barriers to trade.	Allowances for governmental authority in the health care sector must be based on science, technology and product end usage. Bans related to workplace health and the usage of particular products can be challenged and lifted if the dispute resolution panels decide. Women may experience compromised workplace standards should regulations be challenged by other members and removed by dispute resolution bodies. Products used and consumed may not be under the exclusive regulation of the national government. The scientific and technical data used in determining the appropriateness of a regulation may not be formulated with a regard to women.	The federal government has indicated the need for a social impact analysis of WTO agreements including the TBT agreement.
Agreement on Trade-Related Investment Measures (TRIMS) 1995	Deals with the investment practices of member countries.	Facilitates and protects investment interests; potential for extension into health care sectors. Investment initiatives impact small to medium businesses, where the majority of female entrepreneurs are found. Women entrepreneurs can face competition from foreign corporations.	The federal government has indicated the need for a social impact analysis of WTO agreements including TRIMS.

Name and Date	Description	Health and Gender-Relevant Aspects of Implementation	Gendered Social Impact Analysis
General Agreement on Trade in Services (GATS)	GATS established the first worldwide liberalization rules for trade in services. It allows countries to set out which service sectors of markets are open to foreign business and to make requests for access to other members' service sectors. However, GATS contains built in obligations to expand continuously and deepen coverage of services through regular negotiating rounds.	Women will be severely impacted by the privatization expected to stem from GATS. Cost of some services will increase, due to loss of government monopoly and the cross-subsidization that occurs within a sector such as between expensive and inexpensive health care procedures. Less affluent women will not have sufficient funds to pay for private services or insurance. Areas of health care provision particularly relevant to women's health may not receive funding. Service providers will establish themselves in urban areas and so rural women may suffer from limited services of poor quality. When services are dismantled, it is women who are obligated to provide health care, education and safe food and water for their families. Women are highly concentrated in the public service sectors where jobs are often highly skilled and well paid. Job loss, or lower pay and poor conditions are likely with privatization.	The federal government has indicated the need for a social impact analysis of WTO agreements including GATS.

Name and Date	Description	Health and Gender-Relevant Aspects of Implementation	Gendered Social Impact Analysis
Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS) 1995	Works to protect intellectual property (patents and technology) and ensures that they do not function as trade barriers.	Patents protecting corporate property rights allow for only those who can afford drug therapy to receive it. The government provides significant amounts of research funding, yet corporations will hold the patent and profit. Thus public funds do not directly work to improve public health. There is potential for protection of trademark advertising of products that negatively impact human health, such as tobacco. Pressure is being placed on members to include diagnostic, therapeutic and surgical methods. Areas of pharmaceutical research that affect women may not be lucrative enough to attract profit-seeking corporations. Low-income women will be unable to purchase highly priced pharmaceuticals.	The federal government has indicated the need for a social impact analysis of WTO agreements including TRIPS.
Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures (SPS) 1995	Pertains to food safety, and animal and plant health as affected by international trade. It establishes guidelines and precautions that member countries must follow when formulating domestic policies.	Reconciles the protection of consumer health with the aims of a liberalized trading system. Attention to public health and the implementation of regulations that exceed minimums is discouraged. Foreign standards must be accepted if they can be shown to uphold an equal standard. National governments do not exclusively determine what is an acceptable level of risk for public health. Guidelines make significant policy change difficult to implement. Risk assessment to determine the admissibility of a standard does not necessarily have to take women and other particular social groups into account. The scientific rationales that justify standards may not take the health of specific groups into account.	The federal government has indicated the need for a social impact analysis of WTO agreements including the SPS agreement.

REGIONAL

Name and Date	Description	Health and Gender-Relevant Aspects of Implementation	Gendered Social Impact Analysis
North America Free Trade Agreement (NAFTA) 1994	An agreement between Canada, the United States and Mexico which covers both goods and services. There are additional objectives that include increasing investment among the parties, enforcement of intellectual property rights, a dispute resolution mechanism and a framework to facilitate future trilateral, regional and multilateral co-operation.	Clauses that allow Canada to reserve the right to adopt or maintain any measure with respect to health care and other social services, may in fact not be sufficient. In chapter 12 for example, there are provisions that encourage the development of mutually acceptable standards for professional service providers. Foreign direct investment in the health sector is possible. Alberta's Bill 11 could open up all of Canadian health care to NAFTA, and hence for direct investment. If private enterprise co-exists with public provision, the area can be opened to foreign providers. Loss of jobs for Canadian women as companies move to areas with cheaper labour. Harsh, unsafe, low-paying work for the predominately female workers in the export zones in Mexico called the *maquiladoras*. They face discrimination against being pregnant and demeaning practices such as forced pregnancy tests. Increased mobility of female workers across borders.	The federal government has not conducted any studies that would track and evaluate how the NAFTA might differentially impact on men and women.

Name and Date	Description	Health and Gender-Relevant Aspects of Implementation	Gendered Social Impact Analysis
Free Trade Area of the Americas (FTAA) 1994 (start of negotiations)	34 western hemisphere countries. Aim to eliminate barriers to trade and investment. Will affect goods and services.	The same concerns expressed for NAFTA are applicable to the FTAA. Working conditions for those in export industries are often harmful to health. Clauses concerned with intellectual property rights could reduce access to pharmaceuticals. Agriculture: Latin American women in particular are pushed into low-paying employment in export industries. Services: When governments retract social services, women are usually the first fired. Often, their unpaid workload will increase to compensate diminished public services. The distribution of water could have an effect on women and children. Government procurement: current proposal could render competition more difficult for female business owners. Investment clauses will create more jobs for indigent women, but will not necessarily improve their lives or bring more money that will remain in the host country.	At present, the federal government has not conducted a social impact analysis with respect to the FTAA.

APPENDIX D: TRIPS, SPS AND TBT (WTO AGREEMENTS) AND THE FTAA: THEIR IMPLICATIONS FOR WOMEN

TRIPS

The Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights was developed during the Uruguay round of GATT negotiations, and has been in effect since January 1, 1995. It pertains to rules governing and protecting intellectual property, most commonly found in the forms of patents, copyrights, trademarks and technological developments. The Preamble to the Agreement articulates the objective of "reduc[ing] distortions and impediments to international trade, and taking into account the need to promote effective and adequate protection of intellectual property rights, and to ensure that measures and procedures to enforce intellectual property rights do not themselves become barriers to legitimate trade" (TRIPS Preamble, 1994). According to Bettcher et al. (2000: 526), "the scope of the TRIPS Agreement is much broader that any previous international agreement in this field." Critics have argued that the origins of the TRIPS agreement can be found in the profit-seeking aims of multinational corporations wanting to globalize international property rights (Drahos 1997).

With respect to intellectual property, the Agreement implements two main principles found in many WTO agreements: national and most-favoured nation treatment. The most-favoured nation clause states that, "with regard to the protection of intellectual property, and advantage, favour, privilege or immunity granted by a Member to the nationals of any other country shall be accorded immediately and unconditionally to the nationals of all other Members" (Part I, article 4). The Agreement gives members one year to remove barriers, but developing countries received four years, and least-developed countries could take up to 10 years. Under the TRIPS Agreement, intellectual property is classified under several categories found in sections one to seven of Part II. These classifications pertain to copyright, trademarks, geographical indications, industrial designs, patents, topographies of integrated circuits and protection of undisclosed information. As discussed below, patents represent one of the most contentious aspects of the Agreement.

Paragraph 4 of TRIPS states that "the Agreement can and should be interpreted and implemented in a manner supportive of WTO Members' right to protect public health and in particular, to promote access to medicines for all." Similar to the other agreements, TRIPS also includes an article allowing for the protection of human health and safety. It states: "Members may, in formulating or amending their laws and regulations, adopt measures necessary to protect public health and nutrition, and promote public interest in sectors of vital importance to their socio-economic and technological development, provided that such measures are consistent with the provisions of this Agreement" (article 8). As is the case with other agreements, however, the inclusion of these clauses does not act in all cases as a watertight guarantee that health will always take precedence over trade interests.

The atmosphere surrounding the TRIPS Agreement, in existence since the initial negotiation round, is highly controversial. As the WHO and WTO (2002: 41) pointed out: "Patent protection for pharmaceutical products is an area where the problem of finding a proper

balance is particularly acute, namely, between the goal of providing incentives for future inventions of new drugs and the goal of affordable access to existing drugs." Supporters of TRIPS argue that without protection of intellectual property, there will be no efforts to continue innovation, thus preventing growth and progress in the development of new drugs and techniques (Bettcher et al. 2000). Others, however, contest that the monopoly that transnational corporations are given as a result of the agreement promotes human suffering as access to the benefits of the technology can be limited to those who can pay for it. Koivusalo and Rowson (2000: 182) claimed that "the distributional impacts of TRIPS may in practice shift resources from consumers, the public sector, and developing countries to multi-national research based industries." Furthermore, questions have been raised about whether the patent rights of pharmaceuticals actually belong to corporations given that a considerable amount of research funding is provided publicly by governments (Bettcher et al. 2000). This, however, would seem to create tension with the Agreement's view that "intellectual property rights are private rights" (TRIPS Preamble, 1994). It would appear, as Bettcher et al. (2000: 527) emphasized, that "the balance between innovation and accessibility of new technology is a crucial policy issue."

It should be noted that the research landscape is rapidly changing, with implications for how research priorities are decided. Research is increasingly being privatized through the use of contract research organizations (CROs). In the United States 60 percent of industry grants go to CROs and increasingly the research needs of corporate clients in the developing world (e.g., obesity, balding, impotence) are superceding the health needs of the majority (Koivusalo 2003; Koivusalo and Rowson 2000).

Trade in intellectual property and services are the fastest growing trade sector among developed nations (Ostry 2001). TRIPS requires all WTO members to adopt U.S.-style patent laws. One key result of this has been to force Canada to extend drug patent protection to multinationals from the current 17 years to the 20 years required under U.S. patent law (Ostry 2001). Ultimately, this gives the power to control drug prices over to multinationals and out of the hands of governments. One key fiscal pressure on the Canadian health care system is the rise in the costs of prescription drugs (Barlow 2002). The increasing cost of drugs has been a problem that provincial governments have been struggling to control through the bulk purchasing of generic drugs. TRIPS will make this process much more difficult and may ultimately deter provinces that do not already have these programs from starting them.

As Koivusalo and Rowson (2000: 183) explained, "the clearest health implications of the TRIPS agreement flow from its impact on pharmaceutical policies, the allocation of patent rights and the cost of drugs." A frequently cited dispute between South Africa and the United States illustrates the potential conflicts between TRIPS and public health. In this case, 39 pharmaceutical companies challenged the South African government on the *South African Medicines and Related Substances Control Amendment Act, 1997*, which they saw as restricting their patent rights. Some drugs essential to public health are exempted from the Agreement, yet other newer drugs crucial to HIV treatment fall under the jurisdiction of TRIPS, rendering them subject to patent laws. Of the 5.5 million people needing treatment

for HIV/AIDS in South Africa, only about 300,000 are receiving it due to the unaffordable prices of antiretroviral drugs (Fosse 2002).

In Doha in November 2001, members decided to allow developing countries to override drug patents (TRIPS article 31 for compulsory licensing) and make and/or import generic copies of pharmaceutical products to meet their public health needs. This decision can be found in the agreement (The Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health) adopted at that meeting on November 14, 2001 (WHO and WTO 2002). At the same time, how these countries would obtain these licences was not answered. Negotiations continue around these issues, and it appears that in the latest round of meetings in Sydney in November 2002 the United States, the European Union, Japan and Switzerland regressed. Implementation issues are still unresolved including the definition of pharmaceutical products, public health problems, and eligible importing and exporting countries. For example, the United States wants exceptions to be limited to HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria in select countries. In addition, developed countries are placing onerous restrictions and conditions that undermine potential changes or relaxation of compulsory licensing tools (Fosse 2002).

TRIPS does allow members to exclude diagnostic, therapeutic and surgical methods for the treatment of humans or animals from patents, but Koivusalo and Rowson (2000) indicated that pressure to include these in future is a possibility. They also expressed concern at the potential for protection of trademark advertising (such as tobacco logos) to impact public health, and the risks of limiting access to information particularly with respect to licensing medicines and new chemicals.

The Implications of TRIPS for Women

The International Gender and Trade Network (IGTN 2001) suggested several implications of the TRIPS agreement for women. For example, TRIPS gives corporations increased power to monopolize the knowledge of indigenous women. Examples of this include disputes over seeds that have been used by local communities for centuries and that corporations now want rights to patent. TRIPS undermines governments' abilities to develop health policy and service delivery. In its latest assessment (2002: 7), the IGTN has argued that "TRIPS places several constraints on the production of generic drugs making pharmaceutical products expensive and unaffordable for men and women in poverty."

Mariama Williams and Maria Riley (2001: 2) suggested that a priority area for assessing TRIPS concerns "gender and food security/nutrition which [they] see as expanding beyond the focus on HIV-AIDS dimension to include other drugs and medicine that are important for women's health." They also pointed out that "at stake in the IPR/TRIPS implementation discussion is the continued viability of rural development, which is the base for income and sustainable livelihood generating activities of small farmers, many of whom are women."

Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures (SPS Agreement) and the Agreement on Technical Barriers to Trade (TBT)

The SPS and TBT agreements do not directly concern health care services, but are significant for their ramifications with respect to consumer health, specifically things like food safety, and animal and plant life.

These agreements have in common the prevention of "unnecessary" trade barriers, but their rights and obligations differ. Under SPS, measures may be imposed only to the extent necessary to protect life or health on the basis of scientific information. The TBT Agreement, on the other hand, permits the introduction of technical regulations to meet a variety of objectives like national security, the prevention of deceptive practices, and the protection of human health and safety. While the SPS applies to a narrower range of health protection measures, it places strict requirements based on scientific justification. The TBT Agreement covers a wide range of technical regulations and only notes the use of available scientific evidence as one criteria (WHO and WTO 2002). Issues related to food safety, the labelling and use of genetically modified food and traditional medicines are all areas that might fall under SBS and TBT.

Both the SPS and TBT have statements embedded in them with respect to the use of scientific evidence. Feminists have long challenged western scientific paradigms as androcentric and, therefore, of limited utility for understanding women's experiences. The development of uniquely feminist scientific practices have resulted in forms of evidence that are often dismissed or rejected by the scientific community; yet, it is precisely these forms of evidence that are needed to understand the implications of these agreements on women's health.

The SPS Agreement

The SPS Agreement was established in Marrakesh on April 15, 1994 as part of the Uruguay round of negotiations that created the World Trade Organization. In effect as of January 1, 1995, the Agreement is concerned with eliminating trade barriers as they relate to food safety, and animal and plant health. The aim is to reconcile the protection of consumer health with the maintenance of an open trading system free of protectionist barriers. The SPS scheme entails movement toward harmonized international standards, as specified in SPS article 3, diminishing national and local authority to set desirable standards (the same goal exists in the TBT, article 9). The SPS does not constitute a primary set of regulations pertaining to these areas, but establishes guidelines that member countries must follow when formulating domestic policies. The SPS states that regulations used by governments to restrict the products entering their country must be based on scientific evidence and a reasonable assessment of the risks posed so safety standards are not unjustifiably used as a means to discriminate against other members. The WTO (1998b: 2) is concerned that health protection measures will threaten trade and specifically that governments may be "pressured to go beyond what is needed for health protection.... A sanitary or phytosanitary restriction which is not actually required for health reasons can be a very effective protectionist device and because of its technical complexity, a particularly deceptive and difficult barrier to challenge."

Although the SPS offers a degree of protection for domestic policies, it encourages WTO members to harmonize their domestic policies through adherence to internationally developed standards. This issue was raised, for example, in the dispute settlement of the European ban on hormone beef and in the Canadian appeal against stricter regulations against the regulation of asbestos in France (Butter and Spurgon 1997; WTO 1997). The agreement provides for three kinds of precautions. It gives safety margins for acceptable levels of risk; it permits responses to national concerns when establishing precautions; and allows a precaution to be taken even if sufficient scientific evidence is not available (WTO 1998b). Yet, despite these measures, governments may not exercise complete autonomy in establishing standards for foreign products. Regulations that exceed what is necessary to protect health should not be implemented, and governments need to accept foreign standards if they demonstrate an equal level of protection. Furthermore, if a member's rules are challenged, it must be transparent in providing information concerning how the risk was determined and what criteria constitute "acceptable risk" (WTO 1998b).

Despite the inclusion of the precautionary principle, the danger of a challenge remains, which could place a domestic policy decision that affects women's health in the hands of a WTO dispute resolution body. As a result, the possibility that trade interests will take priority over health concerns cannot be fully mitigated. It is not for certain that in all circumstances, a member country would be allowed to regulate in its own interest, which could compromise women's health. As Koivusalo and Rowson (2000) confirmed, "the nature of these necessary public health measures is not defined, and in the process of dispute settlement, there is a danger that the decisions of the WTO dispute settlement body will prioritize the interests of trade and restrict definitions of what are considered to be necessary public health measures" (Koivusalo and Rowson 2000).

The Implications of SPS for Women

Under the SPS there is "a fundamental requirement that Members have a scientific basis to justify trade measures aimed at mitigating a health risk" (WHO and WTO 2002: 12). The reliance on scientific evidence to justify the implementation of a standard can be problematic given the gaps in knowledge regarding sex and gender differences with respect to side effects of certain drugs or reactions to various products that might be traded. Although the SPS allows the adoption of provisional measures on the basis of other forms of available information regarding health effects, this provision is very limited. For example, it might allow the restriction of the trade of a good thought to be associated with an infectious disease before scientific evidence is fully available. It is less clear, however, whether the SPS might allow other forms of evidence (as yet, unproven) related to women's health.

With regards to the SPS Agreement's reliance on risk assessment to determine the permissibility of a standard, Consumers International (1999: 4) highlighted a further consideration that can be related to women. "Evaluations need to be made on how the risk is distributed e.g. if risk falls disproportionately on infants, pregnant women, low income people, this information is critical to developing and implementing risk management

options." Research needs to be conducted with regards to risk assessment to determine if the risk is greater to particular social groups.

The TBT Agreement

The Agreement on Technical Barriers to Trade was developed as part of the Uruguay round of negotiations, and builds on the measures of an earlier version of the Agreement established in the 1973–79 Tokyo round (WHO and WTO 2002). Similar to other agreements reached as part of the Uruguay round, the TBT implements rules to minimize or prevent protectionism and to enhance a liberal trading system. The Agreement commits all WTO members to particular rights and obligations surrounding how technical regulations are developed and applied, and how products are assessed to determine if they conform to standards. The Department of Foreign Affairs and International Trade (DFAIT 2001: 1) defines technical regulations as "mandatory measures required by government to ensure products do not adversely affect legitimate public policy concerns such as the protection of human health and safety and the environment."

The TBT Agreement operates on the basis that technical regulations requiring a product to have certain characteristics can be a barrier to trade. As they are put into place by governments, there is concern that technical regulations may be used as devices in the trading system for purposes inconsistent with the aims of the WTO. To prevent this, the Agreement's provisions, highlighted in article 2 include a requirement that members not use technical regulations as barriers to most favoured nation treatment, and not to develop or implement regulations that will serve as barriers. Members are required to use international standards if applicable, and to justify, on request, any regulations that may impact another member's trade activities. They must also make efforts to harmonize regulations with other members and to recognize different regulations if the end result is the same.

A degree of governmental autonomy is permitted in protecting human health and safety, and animal and plant life or health, but it must not be used as a protectionist device. Furthermore, any regulations passed under this article must be justifiable based on science, technology and the end uses of products (TBT article 2.2) (WTO 1994).

DFAIT (2001: 2) acknowledges that there are different viewpoints in Canada regarding the adoption and implementation of the TBT. It reports that while the private sector upholds the Agreement, provinces and territories have expressed concern "with respect to how the disciplines apply to them as these governments play a large role in regulatory activity including health, safety and environmental measures." Also calling the Agreement into question, some non-governmental organizations are concerned about the government's capacity to regulate in the public interest (DFAIT 2001: 3).

The Implications of TBT for Women

Gender implications of the TBT Agreement are not specifically documented in trade literature. There are, however, similarities between the TBT and the SPS agreements, and critiques of the latter also apply in several instances to the TBT and can be linked to implications for women. These include domestic policy decisions potentially being in the

hands of a WTO dispute resolution body, and the reliance on scientific and technical data to justify a regulation's implementation.

The most important case related to health, although not specific to women, is that of Canada's case against France's asbestos ban. This was the first case ever brought to dispute resolution under the TBT. Canada, a major asbestos producer, wanted the ban to be declared contrary to the TBT and removed, angering many in the European Community that public health (primarily in the workplace) was being subverted by corporate interests. According to Vogel, Canada was attempting "to use free trade rules against public health in the asbestos dispute" (Vogel nd: 11). Canada was unsuccessful in the dispute, but it does show that there is at the very least a risk of public health being undermined by the TBT Agreement.

The Free Trade Area of the Americas

Involving 34 democracies of the western hemisphere, the FTAA negotiations officially began at the 1994 Summit of the Americas in Miami, Florida. This initial meeting produced the *Miami Summit's Declaration of Principles and Plan of Action*, representing the decision of these countries to eliminate barriers to trade and investment. After this point, a series of ministerial meetings and negotiation rounds ensued, with the aim of reaching an agreement by January 2005 that will be in effect by December 2005. The FTAA negotiations process is in a developmental stage. At present, only a draft agreement has been produced, representing what the Department of Foreign Affairs and International Trade (DFAIT 2001b) calls a series of preliminary negotiating positions to determine what various countries want from these negotiations.

The Agreement's chapter on services will resemble GATS and NAFTA. In accordance, it will contain a most favoured nation clause, a national treatment clause and provisions for market access (DFAIT 2001b). Canada supports the inclusion of services in the negotiations, and has stated that it will "ensure that it preserves its ability to adopt or maintain regulations, administrative practices or other measures in sectors such as health, public education, social services and culture" (DFAIT 2001a).

The political circumstances surrounding the Agreement can be described as highly charged. This atmosphere of discontent is illustrated by the protests that took place at the Québec City Summit in 2001. Many of the health care-based criticisms of the FTAA resemble those around other trade agreements. Specifically, the agreement will constrain domestic policy flexibility and "may make access to affordable health care, education and clean water, which many believe is a basic human right, impossible" (White 2002a: 5-6).

The Implications of the FTAA for Women

At the Quebec Summit, parties released a statement proposing to "integrate a gender perspective into the programs, actions and agendas of national and international events, to ensure that women's experiences and gender equality are an integral dimension of the design, implementation and evaluation of government and inter-American policies and

programs in all spheres" (Summit of the Americas Workplan, 2001: 35 as cited in White 2002b: 2).

White (2002a: 1-2) has argued that this statement is ineffectual and finds that "by failing to incorporate an analysis of how the FTAA may affect women and men differently, the recently released text is likely to increase many women's workloads and deepen their indigence throughout the hemisphere." Furthermore, White (2002a: 2-3) argues that as trade negotiators have failed to study differential impacts of trade agreements on women and men, "the FTAA agreement is likely both to widen the gender gap and to increase poverty and exclusion for many women in the Americas." It is White's view (2002a: 12), for example, that "the FTAA text will create more jobs for indigent women but will not necessarily improve women's lives or bring more money that will remain in the host country."

APPENDIX E: DESCRIPTION OF KEY INTERNATIONAL ORGANIZATIONS AND TRADE BODIES

International Monetary Fund

The International Monetary Fund is an international organization created in 1945, which currently consists of 183 member countries. The IMF was conceived in July 1944 at a United Nations conference held at Bretton Woods, New Hampshire. Representatives from 45 governments agreed on its framework for economics co-operation, which was designed with the intent to avoid the disastrous economics policies that had contributed to the Great Depression of the 1930s.

There are three main areas of activity for the IMF: surveillance (i.e., appraisal and advice to member countries on their economic policies); financial assistance (i.e., credits and loans for countries experiencing short-term difficulties) and technical assistance and training in monetary and fiscal policy, and statistics.

The World Bank

The World Bank was set up at Bretton Woods in 1944. It is a development organization, hence its official name: International Bank for Reconstruction and Development. Its mandated "strategy is based on two main pillars: building the climate for investment, jobs, and sustainable growth; and investing in poor people and empowering them to participate in development. The Bank undertakes poverty reduction at both the country and global levels" (World Bank 2002c).

In fiscal year 2002, the Bank provided more than US$19.5 billion in loans to its client countries. It works in more than 100 developing economies (World Bank 2002b).

There is considerable emphasis on the loans the World Bank extends to poor, developing countries. However, the scope of its activities is larger than giving loans. It also gives policy advice that can have influence in places like Canada.

The IMF and the World Bank require loan recipients to implement structural adjustment policies that restructure areas of public spending, including social services delivery systems. These policies commonly reduce the state's involvement in the economy and facilitate private markets. Structural adjustment policies have gendered implications where they affect areas of specific relevance to women. For instance, if social programs are limited, the responsibility for providing adequate health care and education may fall to women. If the cost of essentials, such as food and water, increases as a result of deregulation, the burden may fall on women who must provide these for families.

The World Bank funds and directs some initiatives of particular relevance to women. For instance, the World Bank worked with the Government of Bangladesh to establish the Female Secondary School Assistance Project. Other gender-related projects include helping women combat poverty in Kyrgyzstan, fighting HIV/AIDS in Chad and providing legal aid for poor

women in Ecuador and teaching women to read and write in Senegal. The World Bank has also published reports that implement a gender-based analysis. Titles include *A New Agenda for Women's Health and Nutrition*, *Engendering Development* and *Enhancing Women's Participation in Economic Development*.

The World Health Organization

The World Health Organization falls under the umbrella of the United Nations, with membership of 192 states. Regulation and policy development are provided by the World Health Assembly. The Director-General and Secretariat are supported by regional offices such as the Pan American Health Organization. Created by the UN in 1948, the objective of the WHO "is the attainment by all peoples of the highest possible level of health...defined as a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (WHO 2003).

Current Director-General Dr. Gro Harlem-Bruntland defined principal policy directions: reducing excess mortality, morbidity and disability, promoting healthy lifestyles and reducing risk factors to human health, developing health systems, framing an enabling policy and creating an institutional environment for the health sector, and promoting an effective health dimension to social, economic, environmental and development policy (WHO 2003).

The WHO conducts research that specifically pertains to gender. There is a Gender and Women's Health Department. On the subject of women's health, the WHO produces activities, research, fact sheets and assorted publications. These include, but are not limited to *Gender Disparities and Mental Health*, *Female Genital Mutilation*, *Women and Tobacco*, *Putting Women First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence Against Women* and an *Anthology on Women, Health and the Environment*.

The United Nations

The United Nations was set up on October 24, 1945. There were 51 original signatories, a number that has grown to 189 countries today. The UN is an international body of nations and affiliated organizations. In its own words, "day in and day out, the UN and its family of organizations work to promote respect for human rights, protect the environment, fight disease, foster development and reduce poverty"(UN 2003).

The main bodies of the UN are the General Assembly and the Security Council. Each member nation is represented in the General Assembly, where one nation equals one vote. The Assembly meets from September to December, but can convene at any time if required. The Security Council is primarily responsible for international security and has 15 members. Five of these (China, Great Britain, the United States, the Russian Federation and France) are permanent members, while the other 10 seats are filled by other members elected by the General Assembly to fulfill a two-year term. To pass measures, nine members must vote in favour, but each permanent member has veto power. Other bodies of the UN include the

Economic and Social Council, the Trusteeship Council, the UN Secretariat and the International Court of Justice.

The UN operates under four main objectives: the maintenance of international peace and security, the development of good relations among countries, the solving of issues of international concern, and the promotion of respect for human rights. It also seeks to serve as a centre for harmonizing relations among nations (UN 2003). As a result, the responsibilities of the UN are multi-faceted.

The UN Division for the Advancement of Women (DAW) operates under the UN Secretariat's Department of Economic and Social Affairs. DAW was created in 1946. According to its mission statement, DAW "advocates the improvement of the status of women of the world and the achievement of their equality with men. It aims to ensure the participation of women as equal partners with men in all aspects of human endeavour" (DAW 2003: 1). DAW conducts research, formulates policy, monitors and contributes to UN initiatives, and held the Fourth World Conference on Women in 1995.

The United Nations Development Fund for Women (UNIFEM) is the UN fund that is specific to women. It was created in 1976 following the First World Conference on Women. UNIFEM's role is to "promote gender equality and link women's issues and concerns to national, regional and global agendas by fostering collaboration and providing technical expertise on gender mainstreaming and women's empowerment strategies" (UNIFEM 2002: 1). UNIFEM's projects are numerous, and include research, expert consultations and articulation of gender-based perspectives. UNIFEM funds projects and communicates with other UN and external agencies in pursuit of its objective of furthering issues that pertain to women.

International Labour Organization

The International Labour Organization (ILO) was founded in 1919, and is the only remaining part of the Treaty of Versailles that also created the League of Nations. It was set up the following year, and later became the first specialized agency of the United Nations in 1946.

The ILO has a tripartite structure. It comprises the Governing Body, the International Labour Conference and the International Labour Office. The Governing Body is responsible for policy and budget, and is formed by members with the following allocations: 28 governments, 14 employers and 14 workers. The Conference and the Office are responsible for standards and secretariat activities respectively (ILO 2000).

The ILO Constitution is governed by the philosophy that "universal and lasting peace can be established only if it is based upon social justice" (ILO 1946: preamble). In accordance, the ILO identifies five main objectives that govern its policies and actions. It seeks to promote and realize fundamental principles and rights at work, create greater opportunities for women

and men for employment and income, enhance the coverage and effectiveness of social protection and strengthen social dialogue (ILO 1996-2001).

Organization for Economic Co-operation and Development

The Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) was set up in 1961 and comprises 30 member countries that come together under a shared commitment to democracy and market economies. Its purpose is to "provide a setting for reflection and discussion, based on policy research and analysis, that helps governments shape policy that may lead to a formal agreement among member governments or be acted on in domestic or other international fora." (OECD 2003). The OECD Council is the main governing body that makes economy-focussed decisions and recommendations to member and associated countries.

The OECD directorates oversee research and policy making in key theme areas. Trade is a primary concentration for the OECD's work, and it supports and recognizes benefits of international trade. It focusses consultations with civil society organizations, export credits, international trade statistics, economic issues, trade and agriculture/competition/ environment, competition, dialogue, and development and capacity building.

The World Trade Organization

The World Trade Organization was created during the Uruguay round of GATT negotiations in 1995. It became the successor to the GATT Forum. Whereas GATT deals only with trade in goods, the WTO encompasses trade in goods and services. It regulates intellectual property and product standards. The WTO is the only international organization dealing with the global rules of trade between states. Its main function is to ensure that trade flows as smoothly, predictably and freely as possible.

The WTO administers trade agreements including GATT, GATS, TRIPS, TRIMS, the SPS and TBT. These agreements are binding contracts. The WTO acts as a forum for trade negotiations, and settles trade disputes between member countries. Part of the WTO's mandate is to review national trade policies, and assist developing countries in trade policy issues.

APPENDIX F: THE GATS MODES: THEIR IMPLICATIONS FOR WOMEN

A number of health related issues for women are relevant to each of the four modes of supply found in GATS (i.e., cross-border supply, consumption abroad, commercial presence and movement of natural persons). In our view, mode 3 (commercial presence) raises the most immediate and significant issues in terms of its effects on women.

Mode 1: Cross-Border Supply

Cross-border supply is when a service itself crosses the border from one country to another. It includes services provided by telecommunications (e.g., telehealth), mail or fax. Telehealth includes medical advice given to patients in one country by a health professional in another country or where one health professional advises another health professional through the use of video conferencing technology. Telehealth therefore includes not only medical advice but the potential for medical diagnosis as well. It has been used, for example, to overcome geographic barriers and provide services to remote or rural regions. The WTO states that telehealth may also include "hospital management functions, data collection for statistical or educational purposes, and back-up advisory facilities for local staff abroad" (WTO 1998a: 5).

Telehealth has been identified both by Industry Canada (2000) and the Department of Foreign Affairs and International Trade (Health Canada 1999c) as a sector with potential for dramatic growth and as a priority for Canada's export promotion activities in the health services sector. Canadian companies are already involved in telehealth, and many of these are multinational enterprises (Chanda 2001). In Canada, uses for telehealth are emerging in a variety of areas. For example, Ontario is experimenting with the smart home care robot from Japan, which replaces home visits with surveillance and monitoring.

With respect to telehealth, one of the key questions is the impact it will have on quality of care, accuracy of diagnosis and on the interactions between health care professionals and their patients. Research on women and quality of care suggests that many women favour health care models which take a holistic approach to health, allow co-ordination between care providers and allow for privacy and empathic relationships with the physician and other health professionals (Anderson et al. 2001). One central question therefore is will the technology of telemedicine diminish the relationship between health care providers and women? The concern is that the contextual and cultural nature of health and care will be ignored or undermined in the rush to implement new technologies.

In some jurisdictions (e.g., the United States), call centre models are being used to deliver health care information over the phone or via the Internet. If these models begin to be expanded, they raise similar concerns regarding quality of care and patient/provider interaction as well as issues about the labour conditions of the individuals providing the service.

It is not yet established how telemedicine will be regulated and what standards will apply. A critical issue will be whether regulations and standards will take account of the evidence base regarding women's specific health care needs. Concerns have also been raised with respect to the implications of telemedicine for privacy and health rights. Privacy is particularly important to women who need to be able to talk to health care professionals about their experiences of physical and sexual violence and about issues related to contraception and abortion. For example, medical standards differ between countries and how conflicts between what might be counselled by one health professional and opposed by another might be resolved. This is especially relevant regarding women's reproductive rights, where there are no agreed upon international standards (Spieldoch 2001).

Mode 2: Consumption Abroad

Consumption abroad refers to services supplied in one member's country to a service consumer of another country. An example of this mode of delivery that is relevant to health would be an individual travelling to another country for medical treatment, for example, well off people in developing countries seeking access to "higher" quality services in a developed country, or people from developed countries seeking treatments only available in developing countries and/or treatments that are cheaper (e.g., cosmetic surgery). Or, as has been most common in the Canadian context, patients travelling to the United States to receive treatment (e.g., for cancer) when waiting times in Canada have been too long. Consumption of health services abroad raises issues related primarily to equitable access to health services. For example, privatized hospitals might choose better-qualified doctors and providers for foreigners who can pay more or they may lower their costs to attract foreign consumers while denying access to local consumers. Women as a group are disproportionately poorer than men, especially single mothers, and therefore are less able to pay for health services abroad (Spieldoch 2001). Women often have primary responsibility for their children, and for their partners and aging parents, making it more difficult for women to travel to receive care. The provision of services to wealthy elites in privatized hospitals may drive down the quality of care and labour standards in the public health care system (WHO and WTO 2002). This particular mode of trade, especially, "health tourism" is growing (WHO and WTO 2002). Finally, the provision of services abroad also raises questions about social support and the role women play in giving this support. That is, in removing care from the social and cultural context of individuals' lives, will this change the very nature of care and undermine some of the supports that help to foster people's ability to cope with and recover from illness?

Mode 3: Commercial Presence

The WTO online course, *GATS in The World Trade Organization: A Training Package,* states that commercial presence "involves direct investment in the export market through the establishment of a business there for the purpose of supplying a service." [22] Full commercial presence commitments in health care would mean providing rights to foreign corporations to own hospitals, nursing homes, clinics or laboratories in other countries and be treated as favourably by governments as domestic health providers. Mode 3 commitments encourage the privatization of health services and constrain the abilities of national governments to maintain and regulate standards governing the delivery of services that are normally

nationally determined (Spieldoch 2002). Currently, over 40 WTO members have scheduled GATS commitments in Mode 3 for the hospital services sub-sector (WHO and WTO 2002).

Private companies in Canada have begun to take on the delivery of certain outpatient services (e.g., rehabilitation services) that have been moved out of the acute care sector (Fuller 2002). De-listing of services from the Medical Insurance Plan (e.g., prescription drugs, physiotherapy) may also result in increased involvement of private insurers. In Canada, examples of managed competition and more private investment in Ontario in the home care area have resulted in an erosion of labour standards for workers and a lower quality of life for patients (Browne 2000; OHC 2001a,b).

Women are not only the majority of health care service recipients, but they are also the majority of providers of health care services. Thus any changes in how and where these services are provided will affect women. Marceline White (2001: 5) commented that "the public service sector has been associated with more highly skilled and waged jobs for women. These public sectors include areas such as health care, education, and social services...." Women are also highly concentrated in the hospital services sector providing food services, cleaning and laundry work for hospitals and other health care facilities. Privatization has the potential to drives wages and labour standards down in these sectors (Cohen 2001).

Privatization of health care services often shifts the costs of health care to individuals and concomitantly the likelihood that those who cannot pay for care will rely on family members (primarily women) to meet their care needs (Armstrong et al. 2001). According to Farah Fosse (2001: 3), "it is women who suffer most under the privatization and dismantling of services. When the state and the market fail families it is women who are obligated to provide health care, education and safe food and water for their families" (Fosse 2001).

Mode 4: Movement of Natural Persons

Mode 4 involves people travelling from one country to another to provide a service. This mode of supply will have application to the movement of health professionals. The issue here is the degree to which mode 4 will be used to fill supply gaps in the health care sector and reduce cost pressures in the health care system. One concern that has been raised about promoting this form of trade in services is the degree to which movement of professionals will leave some countries with a shortage of health care professionals. There is some evidence to suggest that this is already happening; for example, Jamaican nurses have been leaving their home country to work in North America creating a shortage of nurses in Jamaica (Speildoch 2001). The resulting "brain drain" could have serious consequences for the health of people especially in developing countries and especially for women and children unable to access costly services outside of their own country (WHO and WTO 2002). Further, people in the home country may receive a lower quality of care.

With respect to women, the movement of nurses is a key issue and tied to the question of professional accreditation. Within Canada, for example, there are many foreign trained

nurses who might be able to relieve the current nursing shortage if their qualifications were recognized. For example, nurses from the Philippines have been actively campaigning to have their accreditation recognized (Filipino Nurses Support Group 2003).

While accreditation for foreign nurses trained to Canadian standards is desirable, there is the danger that the process of accreditation can become driven by strictly commercial considerations. This has critical implications for the de-skilling of health care workers and for health care standards more generally. There is already evidence in GATS requests that some countries are asking others to "remove unnecessary training from licensing requirements for nurses" (UK 2003b).

Given that women are under pressure to migrate for work, what kind of protections and rights will be afforded to them in the countries recruiting them? Further, given women's responsibilities for children what will happen to the children left behind while their mothers pursue work in other countries? Spieldoch (2001) has argued that women's jobs in health care are particularly at risk in this growing industry, especially as developed countries try to drive down health care costs by bringing in nurses and other health workers from developing countries at lower wages and with fewer benefits. Further, mode 4 is also likely to be applied unevenly, allowing professionals from developed countries more freedom with respect to choice and conditions of movement (White 2001).

The WTO Secretariat views mode 4 to have the greatest potential benefits in the health services sector:

> It appears reasonable to assume that for many medical, health and social services, mode 4 restrictions are particularly significant. This is based mainly on three observations: (i) the scope for other modes of supply, especially cross-border trade and consumption abroad, tends to be limited; (ii) the activities concerned are generally labour and/or human capital intensive and, in a similar vein, (iii) while commercial presence may be highly relevant in some sectors, the most significant benefits from trade are unlikely to arise from the construction and operation of hospitals, etc., but their staffing with more skilled, more efficient and/or less costly personnel than might be available on the domestic labour market (WTO 1998a)

Clearly, it is critical for the Canadian government to be carefully assessing the effects of its involvement with the GATS agreements on women as health care providers, as recipients of health care and as key contributors to the health of all Canadians through their informal roles as family caregivers. Specifically, the four modes of the GATS affect the mobility of health providers and health services, and Mode 3, in particular, has the ability to undermine Canada's publicly funded health care system.

REFERENCES

Adlung, Rudolph and Antonia Carzaniga. 2001. "Trade in Health Services Under GATS - Past and Future." *Bulletin of the World Health Organization*. 79(4): 1-21.

Allaert, B. and N. Forman. 1999. "Gender, Trade and Rights: Moving Forward." *WIDE Bulletin*. Brussels, May.

Anderson, R., A. Barbara, C. Weisman, S. Hudson, J. Binko, T. Schneider, K. Freund and V. Gwinner. 2001. "A Qualitative Analysis of Women's Satisfaction with Primary Care from a Panel of Focus Groups in the National Centres of Excellence in Women's Health." *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*. 10(7): 637–647.

Appleton, Barry. 1996. "NAFTA, Healthcare and the Agreement on Internal Trade." Appleton & Associates International Lawyers. <http://www.appletonlaw.com/6dinternal.htm>. Retrieved July 25, 2002.

———. 2000. "Re: NAFTA Investment Chapter Implications of Alberta Bill-11." Ottawa: Canadian Health Coalition.

Armstrong, P. 1999. *Caring for Women in the New Global Economy*. Keynote address, annual conference of the Canadian Research Institute for the Advancement of Women. Sudbury, October.

Armstrong, P. and H. Armstrong. 2002. "Women, Privatization and Health Care Reform: The Ontario Case." In *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*. Edited by P. Armstrong et al. Ontario: Garamond Press.

Armstrong, P., M. Boscoe, B. Clow, K. Grant, A. Pederson, K. Wilson, O. Hankivsky, B. Jackson and M. Morrow. 2003. *Reading Romanow: The Implications of the Final Report of the Commission on the Future of Health Care in Canada for Women*. Ottawa: The National Coordinating Group on Health Care Reform and Women.

Armstrong, Pat, Carol Amaratunga, Jocelyne Bernier, Karen Grant, Ann Pederson and Kay Wilson. 2001. *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*. Ontario: Garamond Press.

Aronson, Jane and Sheila M. Neysmith. 2001. "Manufacturing Social Exclusion in the Home Care Market." *Canadian Public Policy*. 27(2): 151-165.

Baines, B., P. Evans and S. Neysmith. 1998. *Women's Caring: Feminist Perspectives on Social Welfare*. Toronto: Oxford University Press.

Bakker, Isabella. 1996. *Rethinking Restructuring: Gender and Change in Canada*. Toronto: Toronto University Press.

Barlow, M. 2002. *Profit Is Not the Cure*. Ottawa: Council of Canadians.

Barndt, Deborah (ed.). 1999. *Women Working the NAFTA Food Chain: Women, Food and Globalization*. Women's Issues Publishing Program. Toronto: Second Story Press.

Berger, E. 1999. *Special Report: Health Services in the Home and Informal Caregiving*. Toronto, The Berger Population Health Monitor.

Bergeron, Suzanne. 2001. "Political Economy Discourses of Globalization and Feminist Politics." *Signs: Journal of Women in Culture and Society*. 26(4): 983-1006.

Bernier, J. and M. Dallaire. 2001. "What Price Have Women Paid for Health Care Reform? The Situation in Quebec." In *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*. Edited by P. Armstrong, C. Amaratunga, J. Bernier, K. Grant, A. Pederson and K. Wilson. Ontario: Garamond Press, pp. 121-162.

Bettcher, D., D. Yach and E. Guindon. 2000. "Global Trade and Health: Key Linkages and Future Challenges." *Bulletin of the World Health Organization*. 78(4): 521-534.

Blacklock, Cathy. 2000. *Women and Trade in Canada: An Overview of Key Issues*. Ottawa: Status of Women Canada.

Boliz, Monica (ed.). 1999. *Access to Health Services Under the NAFTA*. Washington: Public Policy Program, Division of Health and Human Development, Pan American Health Organization.

Boliz, M., J. Arboleda-Flórez, H. Stuart and M.A. Gonzales-Block. 1999. *Access to Health: Under the NAFTA Agreement*. Washington: Pan American Health Organization.

Bosma, H., M.G. Marmot, H. Hemingway, A.G. Nicholson, E. Brunner and A. Stansfeld. 1997. "Low Job Control and Risk of Coronary Heart Disease in Whitehall II (prospective cohort) Study." *British Medical Journal*. 314: 558-565.

British Columbia. 2000. *Home and Community Care Policy Manual*. Number 8.A. Effective April 1, 2000. Vancouver: Ministry of Health Services.

British Columbia, Interministry Committee on Compensation for Family Caregivers. 2002. *Public Funds, Family Commitment: A Review of Government Policy Concerning Public Compensation to Family Caregivers in British Columbia*. <http://www.healthservices.gov.bc.ca/hcc/pdf/publicfunds.pdf>. Retrieved October 6, 2002.

British Columbia and Canada. 2000. "Work Futures: BC Occupational Outlooks." <http://www.workfutures.bc.ca/EN/def/Home_e1.html>. Retrieved April 20, 2003.

Brodie, Janine. 1995. *Politics on the Margins: Restructuring and the Canadian Women's Movement*. Halifax: Fernwood.

Brodsky, G. and S. Day. 1998. *Women and the Equality Deficit: The Impact of Restructuring Canada's Social Programs*. Ottawa: Status of Women Canada.

Browne, Paul Leduc. 2000. *Unsafe Practices: Restructuring and Privatization in Ontario Health Care*. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives.

Butter, D. and D. Spurgeon. 1997. "Canada and France Fall Out Over the Risks of Asbestos." *Nature*. 358-359.

Cagatay, Nilufer. 2001. *Trade, Gender and Poverty*. New York: United Nations Development Programme.

Canada, DFAIT (Department of Foreign Affairs and International Trade). 2001a. *FTAA Negotiating Groups: Summary of Canada's Position - Services*. Government of Canada.

———. 2001b. *Free Trade Area of the Americas (FTAA): FTAA Draft Text, Canada's Positions and Proposals, and Frequently Asked Questions*. Government of Canada.

———. 2001c. *Technical Barriers to Trade*. Information Paper. Government of Canada.

Canada, Department of Finance. 2001. *Securing Progress in an Uncertain World*. Ottawa: Finance Canada.

Canada, Health Canada. 1998. "Public Home Care Expenditures in Canada 1975-76 to 1997-98: Fact Sheets." Ottawa: Health Canada.

———. 1999a. *Health Canada's Women's Health Strategy*. Ottawa: Health Canada.

———. 1999b. *Human Resource Issues in Home Care in Canada: A Policy Perspective*. Ottawa: Health Canada. July. <http://www-hc-sc.gc.ca/homecare/english/pub.html> Retrieved November 19, 2003.

———. 1999c. Tele-Homecare Consultation Workshop. August 7, 1998. Toronto Ontario. Follow Up Recommendations. Office of Health and Information Highway. March.

———. 2002. "Gender-Based Analysis." <http://www.hc-sc.gc.ca/english/women/facts_issues/facts_gender.htm>. Retrieved October 28, 2003.

Canada, Health and Welfare Canada, Federal/Provincial/Territorial Working Group on Home Care. 1990. *A Working Group of the Federal/Provincial/Territorial Subcommittee on Long Term Care. Report on Home Care*. Ottawa: Health and Welfare Canada.

Canada, Industry Canada. 2000. "Making a Difference - Our Priorities for 2000-1. Making Canada the most Connected Country in the World." <http://www.ic.gc.ca/cmb/

welcomeic nsf/558d6365909929428525648800521 55b/44103a5159bf243e852568ee004a4de6!OpenDocument&Highlight=2,trade,telehealth>. Retrieved December 1, 2003.

Canada, SCFAIT (Standing Committee on Foreign Affairs and International Trade). 1999. *Canada and the Future of the World Trade Organization: Advancing a Millennium Agenda in the Public Interest*. Report of the Standing Committee on Foreign Affairs and International Trade. Bill Graham, M.P. Chair June. <http://www.parl.gc.ca/InfoComDoc/36/1/FAIT/Studies/Reports/faitrp09-e.htm>. Retrieved December 1, 2003.

———. 2002. *Building an Effective New Round of WTO Negotiations: Key Issues for Canada*. Ottawa: Department of Foreign Affairs and International Trade, May. <http://www.parl.gc.ca/infoComDoc/37/1/FAIT/Studies/reports/faitrpts/08-rec-e.htm>. Retrieved January 7, 2003.

Canada, Statistics Canada. 2000a. *Women in Canada 2000: A Gender-Based Statistical Report*. Ottawa: Statistics Canada.

———. 2000b. *Canada's Balance of International Payments*. Cat. No. 67-001-XPB.

———. 2003. "Trade Data Online: Canadian Trade by Industry 3254 Pharmaceutical and Medicine Manufacturing." August 7.

Canadian Study of Health and Aging Working Group. 1994. "Canadian Study of Health and Aging: Study Methods and Prevalence of Dementia." *Canadian Medical Association Journal*. 150(6): 899-913.

Castleman, Barry. 1999. "The WTO Asbestos Case and Its Health and Trade Implications." Presentation. <www.btinternet.com/~ibas/bc_wto_seattle.htm>. Retrieved October 7, 2003.

CCJS (Canadian Centre for Justice Statistics). 1993. *Violence Against Women Survey: Highlights and Questionnaire Package*. Ottawa: Statistics Canada.

CCPA (Canadian Centre for Policy Alternatives). 2002. *Putting Health First: Canadian Health Care Reform, Trade Treaties and Foreign Policy*. Summary Report for the Commission on the Future of Health Care in Canada. Ottawa: Consortium on Globalization and Health, Canadian Centre for Policy Alternatives.

CEDAW. 2003. "British Columbia Moves Backwards on Women's Equality." Submission of the BC CEDAW Group to the United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women on the occasion of the Committee's review of Canada's 5th Report. January 23.

CHCA (Canadian Home Care Association). 1998. *Portraits of Canada: An Overview of Public Home Care Programs*. Ottawa: Health Canada.

——— 2002. "Formal Submission to the Commission on the Future of Health Care." Saskatoon: Commission on the Future of Health Care in Canada.

CIHI (Canadian Institute for Health Information). 2002. *Health Care in Canada: 2002*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information and Statistics Canada.

CLHIA (Canadian Life and Health Insurance Association) 2001. "Facts and Figures: Canada and Out of the Country." <http://www.clhia.ca/e4.htm>. Retrieved December 1, 2003.

Chanda, Rupa. 2001. *Trade in Health Services*. Paper No. WG4:5. Commission on Macroeconomics and Health Working Paper Series. <http://www.cmhealth.org/docs/wg4_paper5pdf>. Retrieved May 23, 2002.

Clair Commission (2001) Les solutions émergentes. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

Clarkson, Stephen. 2002. *Uncle Sam and Us: Globalization, Neoconservatism and the Canadian State*. Toronto: University of Toronto Press.

Close, L., C.L. Estes, K.W. Linkins and E.A. Binney. 1994. "A Political Economy Perspective on Frontline Workers in Long-Term Care." *Generations*. (Fall): 23-27.

Coburn, D. 2000. "Income Inequality, Social Cohesion and the Health Status of Populations: The Role of Neo-Liberalism." *Social Science and Medicine*. 51: 135-146.

Cohen, Marjorie Griffin. 1987. *Free Trade and the Future of Women's Work: Manufacturing and Service Industries*. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives.

——— 1995. "Economic Restructuring Through Trade: Implications for People." In *Liberalization: Indian and Canadian Perspectives*. Edited by G.N. Ramu and Vishwas P. Govitrikar. New Delhi: Allied Publishers.

——— 2001. *Do Comparisons Between Hospital Support Workers and Hospitality Workers Make Sense?* Vancouver: Hospital Employees Union.

Cohen, Marjorie Griffin, Laurell Ritchie, Michele Swenarchuk and Leah Vosko. 2002. "Globalization: Some Implications and Strategies for Women." *Canadian Woman's Studies les cahiers de la femme: Women, Globalization and International Trade*. 21(22): 6-14.

Consumers International. 1999. *Food Safety and the WTO*. Trade Briefing Paper No. 3. Consumers International.

Cornia, A., R. Jolly and F. Stewart. 1987. *Adjustment with a Human Face*. Oxford: Clarendon Press.

Coyte, P.C. 2000. *Home Care in Canada: Passing the Buck*. Toronto: University of Toronto.

Cranswick, Kelly. 1997. *Canada's Caregivers*. Ottawa: Statistics Canada.

Deber, R.B. 2002. *Delivering Health Care Services. Public, Not for Profit, or Private?* Discussion paper no. 17, Commission on the Future of Health Care in Canada.

Denton, M. 1997. "The Linkages between Informal and Formal Care of the Elderly." *Canadian Journal on Aging*. 16(1): 17-37.

Devereaux, P.J., Peter T.L. Choi, Christina Lacchetti, Bruce Weaver, Holger J. Schünemann, Ted Haines, John N. Lavis, Brydon J.B. Grabt, David R.S. Haslam, Mohit Bhandari, Terrance Sullivan, Deborah J. Cook, Stephen D. Walter, Maureen Meade, Huinaira Khan, Neera Bhatnager and Gordon H. Guyatt. 2002. "A Systematic Review and Meta-Analysis of Studies Comparing Mortality Rates of Private for-Profit and Private Not-for-Profit Hospitals." *Canadian Medical Association Journal*. 166: 1399-1406.

Drahos, P. 1997. "Thinking Strategically About Intellectual Property Rights." *Telecommunications Policy*. 21(3): 201-211.

Ekos Research Associates Inc. 2000. *Toronto Star*, *La Presse*, CBC/SRC Ekos Poll. October 27.

Epps, Tracy. 2001. "Merchants in the Temple? The Implications of the GATS and NAFTA for Canada's Health Care System." Thesis for Master of Laws, Faculty of Law, University of Toronto.

Epps, Tracey and Colleen Flood. 2001. *The Implications of the NAFTA for Canada's Health Care System: Have We Traded Away the Opportunity for Innovative Health Care Reform?* Presented at Trading Away Health? Globalization and Health Policy, 14th Annual Health Policy Conference at the Centre for Health Services and Policy Research, November 9.

———. 2003. "The Implications of the NAFTA for Canada's Health Care System: Have We Traded Away the Opportunity for Innovative Health Care Reform?" *McGill Law Journal*. 47: 747-790.

Evans, Robert, G. Morris, L. Barer, Steven Lewis, Michael Rachlis and Greg L. Stoddart. 2000. *Private Highway, One-Way Street: The Decline and Fall of Canadian Medicare*, Vancouver: University of British Columbia, Centre for Health Services and Policy Research, Health Policy Research Unit.

Fast, Janet, Jacquie Eales and Norah Keating. 2001. *Economic Impact of Health, Income Security and Labour Policies on Informal Caregivers of Frail Seniors*. Ottawa: Status of Women Canada.

Fast, J.E. and J.A. Frederick. 1999. "Informal Eldercare: Is It Really Cheaper?" Paper presented at the International Association of Time Use Researchers Conference, Colchester, England.

Filipino Nurses Support Group. 2003. "Despite All Odds, Filipino Nurses Support Group Victorious!" Filipino Nurses Support Group list serv. Vancouver British Columbia.

Fosse, Farah. 2001. *An Introduction to the General Agreement on Trade in Services (GATS) for Gender Advocates*. International Gender and Trade Network - Secretariat.

———. 2002. *TRIPS and Public Health: Controversy Over the TRIPS and Public Health Agreement*. 2(1). International Gender and Trade Network.

Fuller, Colleen. 1998. *Caring for Profit: How Corporations Are Taking Over Canada's Health Care System*. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives.

———. 2001. *Home Care: What We Have, What We Need*. Ottawa: Canadian Health Coalition.

———. 2002. "The Information Gap: The Impact of Health Care Reform on British Columbia Women." In *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*. Edited by P. Amaratunga, C. Armstrong, J. Bernier, K. Grant, A. Pederson, K. Wilson. Aurora Ontario: Garamond Press.

Fuller, Sylvia, Colleen Fuller and Marcy Cohen. 2003. "Health Care Restructuring in BC: A Canadian Centre for Policy Alternatives Brief." Vancouver: Canadian Centre for Policy Alternatives.

Fyke Commission. 2001. *Caring for Medicare Sustaining a Quality System*. Regina.

Gibelman, M. and H.W. Demone. 2002. "The Commercialization of Health and Human Services." *Families in Society*. 83: 387-397.

Gittinger, J.P. 1985. *Economic Analysis of Agricultural Projects*. Washington: World Bank.

Gottlieb and Pearson. 2001. "Legal Opinion: GATS Impact on Education in Canada." Prepared for the Canadian Association of University Teachers. October. <http://www.caut.ca/english/issues/trade/GATS%20opinions%20-%20summary.pdf> Retrieved September 14, 2002.

Gould, Ellen. 2002. *The European Commission's GATS Position: A Bad Bargain for Canada*. Council of Canadians.

Greaves, Lorraine, Olena Hankivsky, C. Amaratunga, P. Ballem, D. Chow, M. De Konick, K. Grant, A. Lippman, H. MacLean, J. Maher, K. Messing and B. Vissandjeé. 1999.

CIHR 2000: Sex, Gender and Women's Health. Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.

Greaves, Lorraine, Olena Hankivsky, Georgia Lividiotakis and Renee Cormier. 2002. *Final Payments: Socioeconomic Costs of Palliative Home Caregiving in the Last Month of Life*. Ottawa: Health Canada.

Harrington, C., S. Woolhandler, J. Mullan, H. Carrillo and D.U. Himmelstein. 2001. "Does Investor Ownership of Nursing Homes Compromise the Quality of Care?" *American Journal of Public Health*. 91(9).

Hart, Michael. 1998. *Fifty Years of Canadian Tradescraft: Canada and the GATT 1947-1997*. Ottawa: Centre for Trade Policy and Law.

Hassanali, Soraya. 2000. *International Trade: Putting Gender into the Process. Initiatives and Lessons Learned*. Ottawa: Status of Women Canada.

Higgins, C., L. Duxbury and C. Lee. 1994. "Impact of Life-Cycle Stage and Gender on the Ability to Balance Work and Family Responsibilities." *Family Relations*. 43: 144-150.

Himmelstein, D.V., S. Woolhandler, I. Hellander and S.M. Wolfe. 1999. "Quality of Care in Investor-Owned vs. Not-for-Profit HMOs." *Journal of the American Medical Association*. 282(2): 159-163.

Hollander, Marcus and Neena Chappell. 2000. *Synthesis Report: Final Report of the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care*. A Report prepared for the Health Transition Fund. Ottawa: Health Canada.

Hollander, M. and M. Prince. 2002. *The Third Way: A Framework for Organizing Health Related Services for Individuals with Ongoing Care Needs and Their Families*. Victoria: Hollander Analytical Services.

IGTN (International Gender and Trade Network). 2001. International Gender and Trade Network at Doha. WTO Fourth Ministerial, Doha, Qatar. November 9-13, 2001.

ILO (International Labour Organization). 1946. Constitution. <http://www.ilo.org/public/english/about/iloconst.htm>. Retrieved June 25, 2002.

———. 1996-2001. *The Strategic Objectives of the ILO*. Geneva: International Labour Organization.

———. 2000. "Structure of the ILO." <http://www.ilo.org/public/english/depts/fact.htm>. Retrieved February 19, 2003.

IMF (International Monetary Fund). 2002. "What Is the International Monetary Fund?" <http://www.imf.org/external/pubs/ft/exrp/what.htm>.

Insurance Canada. 2003. "Long Term Insurance and Some Canadian Facts." Compiled by RBC Insurance. <www.insurance-canada.ca/consinfohealth/LTCFacts.php>. Retrieved February 11, 2003.

Ipsos-Reid. 2002. "Long Term Care Insurance Out of Sight and Out of Mind for Most Canadians, RBC Insurance Study Shows." Toronto, July 10. <http://www.rbc.com/newsroom/20020710longtermcare.html>. Retrieved December 1, 2003.

Joekes, Susan and Ann Weston. 1994. *Women and the New Trade Agenda*. New York: UNIFEM.

Johnson, J.R. 2002. *How Will International Trade Agreements Affect Canadian Health Care?* Discussion Paper 22. Commission on the Future of Health Care in Canada, Saskatoon.

Keating, N.C., J. Fast, J. Frederick, K. Cranswick and C. Derner. 1999. *Eldercare in Canada: Context, Content, and Consequences*. Ottawa: Statistics Canada, Housing Family and Social Statistics Division.

Kickbusch, I. and E. de Leeuw. 1999. "Global Public Health: Revisiting Healthy Public Policy at the Global Level." *Health Promotion International*. 14(4): 285-288.

Kirby, M. 2001. *The Canadian Health Care System - Options for Reform*. Paper presented to the Dialogue on Health sponsored by the Government of Canada.

Koivusalo, Meri. 2003. "Assessing the Health Policy Implications of WTO Trade and Investment Agreements." In *Health Impacts of Globalization: Towards a Global Governance*. Edited by Kelley Lee. Houndsmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.

Koivusalo, Meri and Michael Rowson. 2000. "The World Trade Organization: Implications for Health Policy." *Medicine, Conflict and Survival*. 16(2): 175-191.

Kuttner, R. 1999. "The American Healthcare System: Wall Street and Healthcare." *New England Journal of Medicine*. 340: 664-668.

Lee, Kelley (ed.). 2003. *Health Impacts of Globalization: Towards a Global Governance*. Houndsmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.

Lipson, Debra J. 2001. "The World Trade Organization's Health Agenda: Opening Up the Health Services for the Poor."(Editorial). *British Medical Journal*. 323(7322): 1139.

Lochhead, C. and K. Scott. 2000. *The Dynamics of Women's Poverty in Canada*. Ottawa: Status of Women Canada.

Lowe, Graham S. 1989. *Women, Paid/Unpaid Work, and Stress: New Directions for Research.* Ottawa: The Canadian Advisory Council on the Status of Women.

Lowry, Jean Ann. 2002. "Why Having a National Home Care Program Is a Women's Issue." *Canadian Women's Health Network Magazine*. 5(2/3): 1-5.

Luff, D. 2002. *Domestic Regulation of Health Services and International Trade Law*. Report to the project, Regulatory Reform and Trade Liberalization in Services. Paris: World Bank/Organization for Economic Co-operation and Development.

Luther, D.R. 1999. "Health Care Services: Strong Fundamentals and Innovations Foreshadow Growth in US Exports and Foreign Direct Investment Industry." *Trade and Technology Review, Health Services*. (June): 19-25.

Lyons, Karen S. and Steven H. Zarit. 1999. "Formal and Informal Support: The Great Divide." *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 14(3): 183-192.

MacAdam, Margaret. 2000. *Human Resource Issues in Home Care in Canada: A Policy Perspective.* Ottawa: Health Canada.

Marchand, Marrianne H. and Anne Sisson Runyan (eds.). 2000. *Gender and Global Restructuring: Sightings, Sites and Resistances.* London and New York: Routledge.

Marconini, Mario. 1998. "Domestic Capacity and International Trade in Health Services: The Main Issues." *International Trade in Health Services: A Development Perspective*. Geneva: United Nations Committee on Trade and Development/World Health Organization, pp. 55-61.

Mazankowski Commission. 2001. *A Framework for Reform - Report of the Premier's Advisory Council on Health*. Edmonton.

McNaughton, Kenneth G. 2003. "Long-Term Care." <http://members.shaw.ca/bcseniors/insurance_ltc_article.html>. Accessed March 9, 2003.

Mendelsohn, Matthew. 2002. *Canada's Social Contract: Evidence from Public Opinion*. Discussion Paper No. P/01. Ottawa: Canadian Policy Research Network.

Meyer, Harris. 1997. "Home Care Goes Corporate." *Hospital and Health Networks*. May 5.

Morris, Marika. 2000. *Women, Poverty and Canadian Public Policy in an Era of Globalization.* Canadian Research Institute for the Advancement of Women.

———. 2001. "Gender-Sensitive Home and Community Care and Caregiving Research: A Synthesis Paper." Second Draft. Ottawa: Health Canada, Women's Health Bureau.

———. 2002. *Women and Poverty*. Ottawa: Canadian Institute for the Advancement of Women.

Mosher, Janet E. 1998. "Caught in Tangled Webs of Care: Women Abused in Intimate Relationships." In *Women's Caring: Feminist Perspectives on Social Welfare*. Edited by Carol T. Baines, Patricia M. Evans and Sheila M. Neysmith. Toronto: Oxford University Press.

Munro, D. 2002. "NAFTA and Maquiladoras." University of Arizona. <http://www.u.arizona.edu/ic/mcbride/ws200/munr-heal.htm>. Retrieved May 17, 2002.

Nahmiash, D. and M. Reis. 1992. *An Exploratory Study of Private Home Care Services in Canada*. Ottawa: Minister of Supply and Services.

National Forum on Health. 1997. *Final Report Canada Health Action: Building on the Legacy*. Ottawa.

National Think Tank on Gender and Unpaid Caregiving. 2001. Conference in Prince Edward Island. November 8 to 11, 2001.

National Steering Committee for the Canadian Home Care Resources Study. 2002. *Phase I Report: Setting The Stage: What Shapes the Home Care Labour Market?* February.

Neal, M.B., N.J. Chapman, B. Ingersoll-Dayton and A.C. Emlen. 1993. *Balancing Work and Caregiving for Children, Adults and Elders*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Nieves, Evelyn. 2002. "To Work and Die in Juarez." *Mother Jones*. pp. 50-55.

Noel, Alain. 2000. *Without Quebec: Collaborative Federalism with a Footnote?* Institute for Research on Public Policy. Working paper series, 1, 2.

OACCAC, OCSA, OHHCPA (Ontario Association of Community Care Access Centres, Ontario Community Support Association and Ontario Home Health Care Providers' Association). 2000. *The Role and Value of Home Support/Personal Support Workers in the Health Care System*.

OCSA (Ontario Community Support Association). 2000a. "Ontario Community Support Association Response to Employment Standards Act Consultation." <http://www.ocsa.on.ca/feedback/responses/body_responses_EmployStandardsActAug00.html>. Retrieved April 17, 2002.

———. 2000b. *The Effect of the Managed Competition Model on Home Care in Ontario: Emerging Issues and Recommendations*.

OECD (Organization for Economic Co-operation and Development). 1999. *Trends in Health Expenditure 1970-1997*. Paris: OECD Employment, Labour and Social Affairs Committee, Working Party on Social Policy.

———. 2003. "The Work of the OECD." Paris: Organization for Economic Co-operation and Development. <http://www.oecd.org/EN/document/0,,EN-document-0-nodirectorate-no-13-26640-0,00.html>. February 19, 2003.

O'Hare, D. 1999. Chair of the Coalition on Service Industries, speaking to the House Committee on Ways and Means Hearing on the United States Negotiating Objectives for the WTO Seattle Ministerial Meeting. May 8.

OHC (Ontario Health Coalition). 2001a. "Round by Round: Are international Trade Deals Knocking Out Medicare?" *OHC Newsletter*. (January): 1-2.

———. 2001b. *Secrets in the House: Home Care Reform in Ontario 1997-2000*. Ontario Health Coalition.

———. 2001c. *"Dip and Skip." A Supplement to the June 2001 Report on Homecare Reform in Ontario*. Ontario Health Association.

OHHCPA (Ontario Home Health Care Providers' Association). 1999. *Recruitment and Retention of the Home Sector Workforce*. Position paper. Hamilton, Ontario: Ontario Home Health Care Providers' Association.

———. 2000. *Home Care Worker Compensation. Ontario.*

Ontario. 1994. *Long Term Care Act*. Ontario Regulation 386/99, "Provision of Community Services."

Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care. 2001. "Long Term Care: In-Home Services." Toronto: Government of Ontario. <http://www.gov.on.ca/health/english/program/ltc/homecare.html>. Retrieved August 9, 2002.

O'Regan-Tardu, L. 1999. *A Quick Guide to Gender Mainstreaming in Trade and Industry*. London: Commonwealth Secretariat.

Ostry, Aleck. 2001. "The New International Trade Regime: Problems for Publicly Funded Healthcare in Canada?" *Canadian Journal of Public Health*. 31(3): 475-480.

Ouellet, Richard. 2002. *The Effects of International Trade Agreements on Canadian Health Measures: Options for Canada with a View to the Upcoming Trade Negotiations*. Discussion Paper 32. Saskatoon: Commission on the Future of Health Care in Canada.

Parent, Karen, Malcolm Anderson, William Gleberzon and Judy Cutler. 2001. *CARP's Report Card on Home Care in Canada, 2001: Home Care by Default Not by Design*. Toronto: CARP.

Pettigrew, Pierre. 2000. "Statement to the Standing Committee on Foreign Affairs and International Trade." *Hansard*. (June 14): 1540.

Pierson, Ruth Roach and Marjorie Griffin Cohen. 1995. *Canadian Women's Issues: Volume II: Bold Visions, Twenty-five Years of Women's Activism in English Canada*. Toronto: James Lorimer and Company.

Pollak, Nancy. 2000. "Cutting Home Support: From 'Closer to Home' to 'All Alone'." In *Without Foundation: How Medicare Is Undermined by Gaps and Privatization in Community and Continuing Care*. Vancouver: Canadian Centre for Policy Alternatives (B.C. Office), B.C. Government and Service Employees' Union, B.C. Nurses Union and B.C. Hospital Employees Union.

Porter, Ann. 1987. *The Impact of Free Trade on Women in Manufacturing*. Ottawa: Canadian Advisory Council on the Status of Women.

Price Waterhouse Coopers. 1998. *Canada Health Monitor*. Toronto.

Ranson K., R. Beaglehole, C. Correa, Z. Mirza, K. Buse and N. Drager. 2002. "The Public Health Implications of Multilateral Trade Agreements." In *Health Policy in a Globalising World*. Edited by K. Lee, K. Buse and S. Fustukian. Cambridge: Cambridge University Press.

Relman, Arnold. 2002. Testimony before the Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology. February 21.

Richer, P. 1999. *Home Healthcare in Canada*. International Market Insight Series, prepared for U.S. and Foreign Commercial Service and U.S. Department of State. November 5.

RNAO (Registered Nurses Association of Ontario). 2003. "Impact of GATS Negotiations on Health and Nursing Services." Letter to the Honourable Jean Chrétien.

Roeher Institute. 2000. *Agenda for Action: Policy Directions for Children with Disabilities and Families*. North York, Ontario: Roeher Institute.

Romanow, Roy. 2002. *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*. Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada.

Sanger, Matthew. 2001. *Reckless Abandon: Canada, the GATS and the Future of Health Care*. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives.

Sen, Amartya. 1999. *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press.

Sexton, Sarah. 2001. "Trading Health Care Away?" The Cornerhouse Briefing 23 <http://cornerhouse.icaap.org/briefings/23.html>. Retrieved May 18, 2002.

Shapiro, E. 1997. *The Cost of Privatization: A Case Study of Home Care in Manitoba*. Canadian Centre for Policy Alternatives.

Sikes, Lucinda. 1998. *On the Triennial Review by the World Trade Organization on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures (the "SPS Agreement")*. Public Citizen, Global Trade Watch.

Simon, Robin W. 1995. "Gender, Multiple Roles, Role Meaning, and Mental Health." *Journal of Health and Social Behavior*. 36(2): 182-194.

Sinclair, Scott. 2000. GATS: *How the World Trade Organization Threatens Democracy*. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives.

Sinclair, Scott and Jim Grieshaber-Otto. 2002. *Facing the Facts: A Guide to the GATS Debate*. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives.

Spieldoch, Alexandra. 2001. *GATS and Healthcare - Why Do Women Care?* International Gender and Trade Network - Secretariat.

Standing, Hilary. 1999. *Framework for Understanding Gender Inequalities and Health Sector Reform: An Analysis and Review of Policy Issues*. Paper prepared under the Global Health Equity Initiative Project, Gender and Health Equity. Boston: Harvard Center for Population and Development Studies.

Strope, Leigh. 2003. "Nursing Homes First to Get Voluntary OSHA Safety Guidelines." *The Associated Press*. (March 13).

Sullivan, Kevin. 2003. "Abandoned U.S.-Owned Smelter Blamed for Birth Defects and Health Ailments." *Guardian Weekly*.

Sutherland, Ross, with Stan Marshall. 2001. "The Costs of Contracting Out Home Care: A Behind the Scenes Look at Home Care in Ontario." CUPE Research. February 20. <http://www.cupe.ca/www/HealthCarePrivatization/4320/>. Retrieved December 1, 2003.

Thomas, E., J. Orav and T. Brennan. 2000. "Hospital Ownership and Preventable Adverse Events." *Journal of General Internal Medicine*. April.

Timmer, C.P., W. Falcon and S. Pearson. 1983. *Food Policy Analysis*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Townson, Monica. 2000. *A Report Card on Women and Poverty*. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives.

United Kingdom, Department of Trade and Industry. 2002. *Liberalizing Trade in Services: A New Consultation on the World Trade Organization GATS Negotiations*. London: Department of Trade and Industry.

———. 2003a. *Liberalizing Trade in Services - Summary of Requests Made to EC/UK - Sector Requests*. London: Department of Trade and Industry.

———. 2003b. *Liberalizing Trade in Services: A New Consultation on the WTO GATS Negotiations*.

UN (United Nations). 2003. "UN in Brief." New York: United Nations. <http://www.un.org/Overview/brief.html>. Retrieved February 19, 2003.

UN, DAW (United Nations, Division for the Advancement of Women). 2003. "About DAW." New York: United Nations. <http://www.un.org/womenwatch/daw/daw/>. Retrieved February 19, 2003.

UNDP (United Nations Development Programme). 2003. *Making Global Trade Work for People*. New York and UK: Earthscan Publications.

UNIFEM (United Nations Development Fund for Women) nd. "UNIFEM: About Us." New York: United Nations. <http://www.unifem.undp.org/about_us/ >. Retrieved February 19, 2003.

Vogel, Donna, Michael Rachlis and Nancy Pollak. 2000. *Without Foundation: How Medicare Is Undermined by Gaps and Privatization in Community and Continuing Care*. Vancouver: Canadian Centre for Policy Alternatives (B.C. Office), B.C. Government and Service Employees' Union, B.C. Nurses Union and B.C. Hospital Employees Union.

Vogel, Laurent. 2000. "The WTO Asbestos Dispute: Workplace Health Dictated by Trade Rules?" European Trade Union Technical Bureau for Health and Safety.

Walt, G. and L. Gibson. 1994. "Reforming the Health Sector in Developing Countries: The Central Role of Policy Analysis." *Health Policy and Planning*. 9(45) 353-370.

White, Georgina. 2002. Policy advisor, OACCAC, personal communications.

White, Marceline. 2001. "GATS and Women." *Foreign Policy in Focus*. 6(2): 1.

———. 2002a. "Analysis of USTR Proposals for the FTAA from a Gender Perspective." Women's Edge. <http://www.womensedge.org/trade/usproposalsftaa2002.html>. Retrieved July 12, 2002.

——— 2002b. "Making Trade Work for Women: Opportunities and Obstacles." Women's Edge. <http://www.womensedge.org/trade/tradeprimer.htm>. Accessed July 8, 2002.

WHO (World Health Organization). 2003. "WHO: About WHO." World Health Organization. <http://www.who.int/about/overview/en/>. Retrieved February 19, 2003.

WHO, Department of Health and Development. 2002. "International Consultation on Assessment of GATS and Trade in Health Services, January 9-11, 2002." Geneva Switzerland. <http://unstats.org/unsa/tradeserv/docs/who2002/Agenda-And-Meeting-Objectives-8Jan.doc>. Retrieved March 6, 2003.

WHO and WTO (World Health Organization and World Trade Organization). 2002. *WTO Agreements and Public Health: A Joint Study by the WHO and WTO Secretariat*. Geneva: World Health Organization and World Trade Organization.

Williams, A.P., J. Barnsely, S. Leggat, R. Deber and P. Baranek. 1999. "Long-Term Care Goes to Market: Managed Competition and Ontario's Reform of Community-Based Services." *Canadian Journal on Aging*. 18(2): 126-153.

Williams, M. 2002. "Globalization of the World Economy: Challenges and Responses." (Revised). In *Public Hearing on the Issues of Globalization and Gender*. Berlin: Enquete-Commission of the German Parliament.

Williams, Mariama and Maria Riley. 2001. "TRADE: Women's Consultation Briefing Paper: Financing for Development Issue #3." <http://www.wedo.org/ffd/Trade.doc>. Retrieved August 31, 2002.

Wiseman, John. 1996. "National Social Policy in an Age of Global Power: Lessons for Canada and Australia." In *Remaking Canadian Social Policy: Social Security in the Late 1990s*. Edited by Jane Pulkingham and Gordon Ternowetsky. Halifax: Fernwood.

Women's Edge. 2002. "Executive Summary." *Framework for Gender Assessments of Trade and Investment Agreements*.

Woodward, David, Nick Drager, Robert Beaglehole and Debra J. Lipson. 2001. *Globalisation and Health: A Framework for Analysis and Action*. Paper No. WG4: 10. Commission on Macroeconomics and Health Working Paper Series. <http://www.cmhealth.org/docs/wg4_paper10.pdf>. Retrieved May 23, 2002.

World Bank. 2002a. "A User's Guide to Poverty and Social Impact Analysis." Washington: The World Bank Poverty Reduction Group (PRMPR) and the Social Development Department (SDV) work in progress, draft for comment.

——— 2002b. "World Bank: About Us." The World Bank Group. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/0,,pagePK:43912~piPK:36602,00.html>. Retrieved February 19, 2003.

——— 2002. "World Bank: Why We Do What We Do." The World Bank Group. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/0,,contentMDK:20040571~menuPK:41760~pagePK:34542~piPK:36600,00.html>. Retrieved February 19, 2003.

World Trade Organization. 1994. *Agreement on Technical Barriers to Trade*. Geneva: WTO.

——— 1997. *EC Measures Concerning Meat and Meat Products (Hormones) Complaint by the U.S. Dispute Settlement Panel Report*. Geneva: World Trade Organization.

——— 1998a. *Health and Social Services: Background Note by the Secretariat*. World Trade Organization Council for Trade in Services.

——— 1998b. *Sanitary and Phytosanitary Measures: Introduction to Understanding the WTO Agreement on Sanitary and Phytosanitary Measures*. World Trade Organization.

ENDNOTES

[1] During the Uruguay round of negotiations, and with the establishment of the World Trade Organization in 1995, the emphasis in trade shifted from goods to services.

[2] See for example, The Clair Commission in Quebec (2001), Ontario Health Services Restructuring Commission (2000), the Fyke Commission (2001) in Saskatchewan, Mazankowski Commission (2001) in Alberta, Kirby Report (2001a) and the Romanow Commission (2002).

[3] A summary of this analysis can be found in the Trade Agreements Table in Appendix C.

[4] A summary of this analysis can be found in Appendix D.

[5] According to the Act, home care is an "extended health service" and, therefore, not an insured health service for the purposes of the Act.

[6] It is estimated that approximately 20 percent of caregiving is done by friends and neighbours (Keating et al. 1999).

[7] See Appendix E for a description of international organizations and trade bodies.

[8] Trade Minister Pettigrew maintains that health services are simply not on the trade table. For example, in 2000, Pettigrew told a parliamentary committee that "public health and education are not on the table in any international trade negotiations. My government will maintain our right and ability to set and maintain the principles of our public health and education" (Pettigrew 2000). DFAIT officials that we interviewed reiterated Pettigrew's view in January 2003.

[9] This protection has been eroded by the Agreement on Internal Trade (AIT) signed by all the provinces and territories in 1994 and, in particular, as a result of the 1999 "MASH Annex" which deals with non-discrimination with respect to public sector procurement. "MASH" entities include, municipalities, municipal organizations, school boards and publicly funded academic, health and social service entities. Although debate exists around the implications of the AIT for the health sector, Appleton (1996) has argued that the MASH Annex changes pre-existing measures that were exempted from NAFTA.

[10] In this instance, France launched a challenge against Canada's refusal to ban the use of all types of asbestos. Canada argued that "controlled use" of asbestos would not endanger the health of workers. The WTO ruled in favour of France (Castleman 1999).

[11] See Appendix F for a description of these modes and an analysis of their implications for women.

[12] Countries retain power to place sector-specific or horizontal limitations on these commitments. In addition, they may, after a three-year period, modify or withdraw a commitment but not without equivalent commitments in compensation.

[13] It is interesting to note that DFAIT has indicated that "professional services" are a priority in terms of expanding trade in the area of services (Key informant interview, January 2003).

[14] See, for example, Barndt's work on the Mexican food industry, (1999) and Munro's (2002) work in the export processing zones in Mexico called the *maquiladoras*.

[15] Material in this section has been drawn from the CHCA (1998).

[16] These are classified under services provided by midwives, nurses, physiotherapists and paramedical personnel, and Canada has made no commitments to this category of health services.

[17] This information was obtained by the Association from the European Union, which has provided a list of services where requests have been made in the latest round of GATS negotiations. See UK (2002, 2003a).

[18] This section ensures that proper legal recourse is available to all private corporations in the case of disputes. It states: "Each party shall accord to investments of investors of another Party treatment in accordance with international law, including fair and equitable treatment and full protection and security."

[19] This information was derived from a list of companies in British Columbia that have been issued a provider number allowing them to bill for the provisions of home care services. This information was provided by Jennifer Erickson (BC Ministry of Long Term Health, 2003).

[20] There is an exclusion for government procurement under GATS (article XIII), but negotiations are underway to have it covered by the agreement. As well, there is a lack of clarity about what "government procurement" actually means.

[21] This was short-lived as the government amended the *Independent Health Facilities Act* in 1996 and formally removed any preference for Canadian-owned, non-profit groups in funding and licensing arrangements (Fuller 2001).

[22] <(http://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/eol/e/wto06/wto6_11.htm)>.

Projects Funded Through Status of Women Canada's Policy Research Fund
Call for Proposals Trade Agreements And Women *

Protecting Canada's Proactive Employment Equity Measures in the Context of the Trade Agreements
Lucie Lamarche

Trade Agreements, Home Care and Women's Health
Olena Hankivsky and Marina Morrow with Pat Armstrong, Lindsey Galvin and Holly Grinvalds

Engendering Canadian Trade Policy: A Case-Study of Labour Mobility in Trade Agreements
Chantal Blouin, Heather Gibb, Maire McAdams and Ann Weston
The North–South Institute

Trade Agreements, the Health Care Sector, and Women's Health
Teresa Cyrus, Lori Curtis

Women with Disabilities Accessing Trade
Deborah Stienstra, Colleen Watters, Hugh Grant, Hui-Mei Huang and Lindsey Troschuk

Integrating Gender Perspectives Within the World Trade Organization: A Canadian Advocacy and Analysis Model
Dana Peebles

From the Fur Trade to Free Trade: Forestry and First Nations Women in Canada
Darlene Rude and Connie Deiter

* Some of these papers are still in progress and not all titles are finalized.

We Value Your Feedback

Your comments and suggestions can help us make sure our publications are useful. If you have a moment, please answer and return the following questionnaire. Thank you for your time.

Title of Report _____

1. Was the report useful to you? 1 2 3 4 5
   Not useful *very useful*

a) Which part of the report did you find most helpful?

_____

_____

b) How could it have been more useful?

_____

_____

_____

2. How did you use the report? As a tool in:

☐ Policy development ☐ Policy research ☐ Advocacy

☐ Other _____

3. Are you affiliated with:

☐ Women's Organisations ☐ Federal Government

☐ Other non-governmental organisations ☐ University/college

☐ Provincial/Territorial Government ☐ Municipal Government

☐ Other: _____

Please return this questionnaire by mail or fax to:

Status of Women Canada
Research Directorate
McDonald Building
123 Slater Street, 10th Floor
Ottawa, Ontario
K1P 1H9

Fax (613) 995-4800

Accords commerciaux, soins à domicile et santé des femmes

Olena Hankivsky et
Marina Morrow
avec la collaboration de
Pat Armstrong, Lindsey Galvin et Holly Grinvalds

Recherche en matière de politiques
Policy Research

Condition féminine Canada
Status of Women Canada

Canada

Accords commerciaux, soins à domicile et santé des femmes

Olena Hankivsky et
Marina Morrow
avec la collaboration de
Pat Armstrong, Lindsey Galvin et Holly Grinvalds

La recherche et la production de cette étude ont été financées par le Fonds de recherche en matière de politiques de Condition féminine Canada. Les opinions exprimées sont celles des auteures et ne reflètent pas nécessairement la politique officielle de Condition féminine Canada ou du gouvernement du Canada.

Mars 2004

Condition féminine Canada se fait un devoir de veiller à ce que toutes les recherches menées grâce au Fonds de recherche en matière de politiques adhèrent à des principes méthodologiques, déontologiques et professionnels de haut niveau. Chaque rapport de recherche est examiné par des spécialistes du domaine visé à qui on demande, sous le couvert de l'anonymat, de formuler des commentaires sur les aspects suivants :

- l'exactitude, l'exhaustivité et l'actualité de l'information présentée;
- la mesure dans laquelle l'analyse et les recommandations sont étayées par la méthodologie utilisée et les données recueillies;
- l'originalité du document par rapport au corpus existant sur le sujet et son utilité pour les organisations œuvrant pour la promotion de l'égalité, les groupes de défense des droits, les personnes chargées de l'élaboration des politiques gouvernementales, les chercheuses et chercheurs et d'autres publics cibles.

Condition féminine Canada remercie toutes les personnes qui participent à ce processus de révision par les pairs.

Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque nationale du Canada

Hankivsky, Olena

Accords commerciaux, soins à domicile et santé des femmes

Texte en anglais et en français disposé tête-bêche.
Titre de la p. de t. addit. : Trade agreements, home care and women's health.
Comprend des références bibliographiques.
Publ. aussi sur l'Internet.
ISBN 0-662-67952-0
No de cat. SW21-109/2004

1. Soins à domicile – Politique gouvernementale – Canada.
2. Femmes – Santé et hygiène – Aspect social – Canada.
3. Canada – Accords commerciaux – Canada.
4. Politique sanitaire – Canada.
5. Division sexuelle du travail – Canada.
I. Morrow, Marina Helen, 1963-
II. Canada. Condition féminine Canada.

RA645.37C3H36 2004 362.14'0871 C2004-980032-9F

Gestion du projet : Vesna Radulovic, Condition féminine Canada
Coordination de l'édition : Cathy Hallessey, Condition féminine Canada
Révision et mise en page : PMF Services de rédaction inc. / PMF Editorial Services Inc.
Traduction : Jeannot Trudel
Lecture comparative : Christiane Ryan
Coordination de la traduction : Monique Lefebvre, Condition féminine Canada
Contrôle de la qualité de la traduction : France Boissonneault

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec la :
Direction de la recherche
Condition féminine Canada
123, rue Slater, 10e étage
Ottawa (Ontario) K1P 1H9
Téléphone : (613) 995-7835
Télécopieur : (613) 957-3359
ATME : (613) 996-1322
Courriel : research@swc-cfc.gc.ca

Vous pouvez également télécharger le présent document du site Web de Condition féminine Canada à : http://www.swc-cfc.gc.ca.

RÉSUMÉ

Le présent rapport vise à mieux faire comprendre les conséquences de la libéralisation du commerce pour les Canadiennes dans le secteur soins à domicile. On y fait état des accords commerciaux qui touchent la santé et des articles ayant des répercussions sur le système canadien de soins de santé. On y examine également les aspects des accords qui revêtent une importance particulière pour la santé des femmes, le travail des femmes dans le secteur des soins de santé et l'égalité des femmes. L'analyse préliminaire révèle l'influence inégale que sont susceptibles d'exercer les accords commerciaux internationaux sur la prestation des services publics de promotion de la santé et sur l'accès à ces services. Étudiant plus précisément le cas des soins à domicile, les auteures font ressortir les conséquences très concrètes et préjudiciables que pourraient faire subir aux femmes les changements au système de santé directement ou indirectement occasionnés par les accords commerciaux. Le rapport se termine par une série de recommandations sur la façon d'aborder la politique commerciale et d'appliquer aux accords commerciaux existants et à venir une analyse comparative entre les sexes approfondie.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ... iii

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS ... iv

PRÉFACE ... vi

SOMMAIRE ... vii

1 INTRODUCTION ... 1
Contexte ... 3

2 MÉTHODES ... 7
Analyse bibliographique ... 7
Entrevues avec des sources clés ... 8
Application de l'analyse comparative entre les sexes aux accords commerciaux ... 9

3 ACCORDS COMMERCIAUX, SANTÉ, POLITIQUES ET GENRE ... 11
Les soins de santé, les politiques et les femmes ... 11
Les soins à domicile au Canada ... 13
Financement et prestation ... 14
L'impact de la restructuration des soins de santé sur les femmes dans le secteur des soins à domicile ... 15
Le coût des soins à domicile ... 16
La privatisation ... 17
Le système des soins de santé : politiques internes et pressions externes ... 18
Le Canada et le commerce des services ... 23
L'ALENA et l'AGCS ... 24
Les réponses féministes ... 29
L'analyse des accords commerciaux dans l'optique de l'égalité entre les sexes : analyse des incidences sociales et analyse comparative entre les sexes ... 31

4 L'INTERFACE ENTRE LES SOINS À DOMICILE ET LE COMMERCE ... 35
Les soins à domicile en Ontario ... 35
Les soins à domicile en Colombie-Britannique ... 38
Analyse ... 45
Conclusion ... 69

5 RECOMMANDATIONS ... 70
Intervenantes et intervenants stratégiques ... 70
Processus d'élaboration des politiques ... 71
Contexte stratégique ... 73
Contenu stratégique ... 74

Prochaines étapes : un programme de recherche 75
Conclusion 77

ANNEXES
A : Accords commerciaux et santé des femmes – bibliographie commentée 79
B : Entrevues avec des sources clés 128
C : Tableau des accords commerciaux 131
D : Conséquences pour les femmes des accords sur les ADPIC, MSP et OTC (accords de l'OMC) et la ZLEA 138
E : Description des principaux organismes internationaux et commerciaux 147
F : Les modes de l'AGCS et leurs conséquences pour les femmes 152

BIBLIOGRAPHIE 157

NOTES 175

LISTE DES TABLEAUX

1. Accords commerciaux et santé 22
2. Engagements des membres de l'OMC relativement aux services médicaux, hospitaliers et autres services sanitaires, et à l'assurance-maladie 28
3. Comparaison des programmes de soins à domicile de l'Ontario et de la Colombie-Britannique 43
4. Main-d'oeuvre des soins formels à domicile, Ontario et Colombie-Britannique 44

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

ACCAP	Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes
ACI	Accord sur le commerce intérieur
ACS	Analyse comparative entre les sexes, analyse comparée selon le sexe
ACSSD	Association canadienne de soins et services à domicile
ADPIC	Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce
a.-e.	Assurance-emploi
AGCS	Accord général sur le commerce des services
AIIAO	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
AIPS	Analyse des impacts sur la pauvreté et le social
AIS	Analyse des incidences sociales
ALENA	Accord de libre-échange nord-américain
AOSC	Association ontarienne de soutien communautaire
APEC	Organisation de coopération économique Asie-Pacifique
CARP	Association canadienne des individus retraités
CASC	Centre d'accès aux soins communautaires
CCPA	Centre canadien de politiques alternatives
CCSJ	Centre canadien de la statistique juridique
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CPAECI	Comité permanent des affaires étrangères et du commerce international
DPF	Division de la promotion de la femme (ONU)
ECUS	Entente-cadre sur l'union sociale
FMI	Fonds monétaire international
FPE	Financement des programmes établis
GATT	Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce
GCSCE	Groupe de consultations sectorielles sur le commerce extérieur
IA	Infirmière autorisée/infirmier autorisé
IAA	Infirmière auxiliaire autorisée/infirmier auxiliaire autorisé
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IGTN	International Gender and Trade Network
IRPP	Institut de recherche en politiques publiques
MAECI	Ministère des Affaires étrangères et du Commerce international
MSP	Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires
OACCAC	Ontario Association of Community Care Access Centres
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OHC	Ontario Health Coalition
OHHCPA	Ontario Home Health Care Providers' Association
OIT	Organisation internationale du Travail
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ORC	Organisation de recherche à contrat

OSSI	Organisation de soins de santé intégrés
OTC	Accord sur les obstacles techniques au commerce
PAS	Programme d'ajustement structurel
PIB	Produit intérieur brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PSSP	Préposée/préposé aux services de soutien à la personne
RAPC	Régime d'assurance publique du Canada
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TCPS	Transfert canadien en matière de programmes sociaux
TCS	Transfert canadien en matière de santé
TCSPS	Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNIFEM	Fonds de développement des Nations Unies pour la femme
ZLEA	Zone de libre-échange des Amériques

PRÉFACE

Une bonne politique publique est fonction d'une bonne recherche en matière de politiques. C'est pour cette raison que Condition féminine Canada a établi le Fonds de recherche en matière de politiques en 1996. Il appuie la recherche indépendante en matière de politiques sur des enjeux liés au programme gouvernemental qui doivent faire l'objet d'une analyse comparative entre les sexes. L'objectif visé est de favoriser les débats publics sur les enjeux liés à l'égalité des sexes et de permettre aux personnes, groupes, responsables de l'élaboration des politiques et analystes des politiques de participer plus efficacement à l'élaboration des politiques.

La recherche peut porter sur des enjeux nouveaux et à long terme, ou sur des questions urgentes et à court terme dont l'incidence sur chacun des sexes requiert une analyse. Le financement est accordé au moyen d'un processus d'appel de propositions ouvert et en régime de concurrence. Un comité externe, non gouvernemental, joue un rôle de premier plan dans la détermination des priorités de la recherche, le choix des propositions financées et l'évaluation du rapport final.

Le présent rapport de recherche fait suite à un appel de propositions lancé en août 2001, sous le thème « Les accords commerciaux et les femmes ». D'autres recherches financées par Condition féminine Canada sur le même thème examinent, par exemple : les répercussions des engagements commerciaux du Canada qui ont trait à la mobilité de la main-d'oeuvre; l'effet des accords commerciaux sur les soins de santé au Canada; les répercussions des accords de libre-échange sur les Canadiennes autochtones au plan social, économique, culturel et environnemental; la formulation de modèles canadiens devant permettre d'intégrer aux accords commerciaux des considérations liées à l'égalité entre les sexes; les répercussions des accords commerciaux sur les mesures proactives d'emploi qui visent les femmes dans le secteur privé canadien; ainsi que les effets des accords commerciaux sur les femmes handicapées.

Une liste complète des projets de recherche financés dans le cadre de cet appel de propositions se trouve à la fin du présent rapport.

Nous remercions les chercheuses et les chercheurs de leur apport au débat sur les politiques gouvernementales.

SOMMAIRE

À ce jour, aucune analyse comparative entre les sexes n'a été faite de l'arrimage entre les politiques actuelles sur les soins à domicile et les modèles de financement et de prestation de ces soins, d'une part, et les accords commerciaux, d'autre part. On ne s'est pas non plus convenablement intéressé aux contraintes que pourraient imposer ces accords sur la réforme future de notre système de santé ni aux conséquences pour les Canadiennes en ce qui a trait à l'accessibilité, à l'abordabilité, à la responsabilité en matière de soins non rémunérés et aux normes d'emploi dans le secteur des soins à domicile.

Dans cette étude préliminaire, nous faisons valoir la nécessité d'effectuer une analyse comparative entre les sexes approfondie qui permettrait d'obtenir les données requises pour déterminer les conséquences réelles des traités commerciaux sur la santé des femmes et la main-d'oeuvre de la santé. Cette connaissance est essentielle si le Canada veut conserver suffisamment d'autonomie pour formuler et mettre en oeuvre des politiques conséquentes avec ses engagements en matière de justice sociale et, en particulier, d'équité entre les sexes.

Dans un premier temps, nous expliquons nos méthodes de recherche. Nous faisons ensuite un survol du régime canadien de soins de santé en mettant l'accent sur les soins à domicile. Nous dégageons d'importantes tendances et soulignons de profonds changements d'orientation tout en décrivant les accords commerciaux présentant le plus d'intérêt pour la santé. Nous nous intéressons plus particulièrement à l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA) et à l'Accord général sur le commerce des services (AGCS). Nous nous interrogeons sur le sens de l'ALENA et de l'AGCS pour le système de soins de santé du Canada, financé par l'État, et, par ricochet, pour les Canadiennes. Nous passons en revue les réponses féministes aux menaces que font peser les accords commerciaux sur les services publics et traitons de la pertinence de l'analyse comparative entre les sexes (ACS) pour permettre de comprendre les répercussions des accords commerciaux sur les femmes.

L'ACS nous permet de circonscrire les menaces et les contraintes potentielles de ces accords pour une éventuelle réforme des soins à domicile. Cette analyse ne vise pas à présenter des prédictions certaines, mais soulève plutôt un certain nombre des incidences possibles de ces accords internationaux sur le système de soins de santé du Canada. Cette information peut servir à éclairer le processus de conciliation des politiques et programmes publics avec la libéralisation des échanges commerciaux. Nous formulons des conclusions et recommandations préliminaires, notamment sur la nécessité d'effectuer d'autres recherches pour suivre de près et évaluer pleinement les conséquences des accords commerciaux, leur influence sur l'autonomie du processus d'élaboration des politiques, l'interaction avec les conventions internationales et les effets qui en résultent sur la population canadienne, selon le sexe. Ce faisant, nous espérons montrer non seulement qu'une ACS pleinement intégrée est nécessaire, mais également qu'elle peut être utilisée comme catalyseur pour apporter des changements à la politique commerciale.

On a récemment constaté, à la lumière d'une synthèse détaillée de dix années de données sur l'opinion publique, que la population canadienne met un bémol sur son soutien à la

libéralisation du commerce, craignant qu'elle ne détériore les conditions sociales (Mendelsohn, 2002). La nécessité d'élargir la question de la mondialisation de l'économie, actuellement dominée par les intérêts des sociétés transnationales et les impératifs économiques, à une préoccupation semblable pour les droits de la personne, l'équité et la justice sociale fait partie intégrante des recommandations formulées dans le présent rapport.

1. INTRODUCTION

La mondialisation de l'économie se caractérise par « l'intégration rapide du monde en un seul espace économique par la mondialisation des biens, du capital et des marchés monétaires » [TRADUCTION] (Bergeron, 2001 : 983). Dans ce climat, les organismes commerciaux et les multinationales pressent les gouvernements de maximiser les exportations, d'assouplir leur réglementation de l'économie, de réorganiser les économies nationales et de réduire les dépenses sociales (Brodie, 1995). La mondialisation de l'économie, qui s'étend maintenant au commerce des services[1], englobe des domaines tels que les soins de santé, l'éducation et les services sociaux. Ces services, que l'on croyait jadis être en marge des paramètres du « commerce » et relever de la compétence des États-nations, sont en voie d'être réifiés pour ouvrir de nouveaux marchés à la croissance économique. En règle générale, on constate une disjonction entre la mondialisation de l'économie et la capacité des pays d'établir leurs politiques en matière de santé, y compris celle de protéger et de promouvoir la santé (Woodward et coll., 2001). On estime souvent que les tendances consécutives à la mondialisation de l'économie exacerbent la pauvreté et nuisent à la santé humaine, précarisant particulièrement la situation des femmes en matière d'équité et de santé (Coburn, 2000).

L'interface entre la mondialisation du commerce et les services de santé revêt une importance particulière dans le contexte canadien. Le régime canadien se fonde sur un engagement éthique à fournir des soins de santé en fonction des besoins plutôt que de la capacité de payer. Il a également eu un effet égalisateur dans la vie des femmes (CCPA, 2002; Statistique Canada, 2000a). Par ailleurs, le système de soins de santé canadien a subi pendant près de 10 ans un train de changements et de réformes, dont la multiplication des expériences de privatisation. Il s'agit essentiellement d'un régime public de soins de santé sans but lucratif (bien que le secteur privé fasse de plus en plus partie de l'équation) que l'on ne peut mettre convenablement à l'abri d'une commercialisation accrue en vertu d'accords comme l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA) et l'Accord général sur le commerce des services (AGCS). On s'inquiète donc de plus en plus de l'avenir du régime canadien de soins de santé dans le contexte de la mondialisation de l'économie.

Nous cherchons dans le présent rapport à mieux comprendre les conséquences de la mondialisation du commerce pour les Canadiennes dans le secteur des soins à domicile, segment des soins de santé jugé parmi les plus vulnérables à l'ALENA et à l'AGCS (Epps et Flood, 2003; Ostry, 2001; Sanger, 2001). Nous y étudions les effets différents qu'ont les accords commerciaux sur les services de santé explicitement visés par la *Loi canadienne sur la santé*, d'une part, et sur les services soustraits aux dispositions de la Loi, d'autre part. De plus, étant donné que la plupart des prestataires de soins formels et informels sont des femmes, tout changement au sein du secteur des soins à domicile revêt une importance particulière pour les femmes.

Nous soutenons principalement qu'il est devenu plus difficile en vertu des accords commerciaux de continuer à fournir les services actuels ou d'élargir le système canadien

de soins de santé aux soins à domicile, et que ces contraintes stratégiques pourraient se répercuter différemment sur les femmes. Il s'agit là de questions particulièrement pressantes, compte tenu des réformes du système de soins à domicile recommandées par la Commission Romanow (Romanow, 2002) et des changements convenus par le gouvernement fédéral et les provinces dans l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé.

Notre analyse révèle l'influence que sont susceptibles d'exercer les traités commerciaux internationaux sur la prestation des services de soins à domicile et sur l'accès à ceux-ci. En effet, la prestation des services de soins à domicile obéit de plus en plus à des modèles à but lucratif. La privatisation rend les soins à domicile plus vulnérables aux dispositions des accords commerciaux. Par ailleurs, les accords commerciaux engagent les gouvernements à privatiser encore davantage les services de santé. Comme le faisait remarquer l'une des personnes clés que nous avons interviewées :

> *Les accords commerciaux [sont comme] une clé à rochet : on ne fait que libéraliser; on ne ramène jamais rien dans le secteur public* (entrevue avec une source clé, 2003) [TRADUCTION].

Fait à signaler, il s'avère que la prestation à but lucratif de soins à domicile coûte plus cher et compromet les normes, la qualité, la transparence des comptes et le bien-être des malades (Armstrong, 1999; Aronson et Neysmith, 2001; Browne, 2000).

Le recours à l'analyse comparative entre les sexes permet de mettre le doigt sur les conséquences très concrètes et préjudiciables que pourraient faire subir aux femmes les changements au système de santé directement ou indirectement issus des accords commerciaux. La privatisation préoccupe les femmes au premier chef. Les femmes vivent dans une pauvreté disproportionnée par rapport aux hommes (Morris, 2002) et sont moins susceptibles d'avoir les moyens de s'offrir des soins de santé privés. Ajoutons à cela que, parce que la majorité des prestataires et des bénéficiaires de soins sont des femmes, la conjugaison des soins à domicile et du commerce pourrait démesurément nuire aux femmes d'horizons divers, y compris les bénéficiaires de soins, les prestataires de soins formels et informels et d'autres travailleuses des soins à domicile apparentées aux malades, dont bon nombre sont des femmes de couleur, des femmes autochtones et des immigrantes.

Les accords commerciaux couvrent maintenant pratiquement tous les secteurs d'intervention concevables, si bien qu'il est plus difficile pour les gouvernements de contrôler les décisions qui influent sur les déterminants sociaux de la santé. Il se pourrait, par exemple, que l'adhésion aux accords commerciaux fasse augmenter la pauvreté et s'effriter les normes dans les domaines de l'environnement, du travail et de la protection de la santé, ce qui nuit, dans un cas comme dans l'autre, à la santé des femmes. Enfin, nous faisons valoir la nécessité de mieux comprendre les accords commerciaux et leurs incidences pour l'égalité des sexes. Notre analyse préliminaire montre également la pertinence d'une analyse comparative exhaustive entre les sexes qui nous fournirait les données requises pour déterminer les incidences réelles des accords commerciaux sur la santé des femmes.

Contexte

Ces dernières années, la population canadienne a débattu vigoureusement de la réforme de la politique sur la santé. Dans le domaine des soins à domicile, il s'est lancé de nombreux appels à l'établissement d'un programme public national de soins à domicile fondé sur les principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Ce programme garantirait l'accès à des services coordonnés, convenables, transparents et adaptés aux réalités culturelles (Forum national sur la santé, 1997; Groupe de réflexion national, 2001; Institut Roeher, 2000). La Commission Romanow (2002) a récemment proposé d'étendre le principe de l'intégralité de la *Loi canadienne sur la santé* à des services ciblés de soins à domicile (p. ex., les services de gestion de cas et d'intervention à domicile en santé mentale, les soins post-aigus et de réadaptation à domicile et les soins palliatifs).

Au chapitre de la réforme des soins à domicile, il importe particulièrement de rappeler qu'en février 2003, la signature de l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé a précipité la création d'un fonds quinquennal pour la réforme de la santé de 16 milliards de dollars à l'intention des provinces et des territoires. Ce fonds cible les soins primaires, les soins à domicile et la couverture des médicaments onéreux. Il couvrira les soins de courte durée à domicile, y compris les soins communautaires de courte durée en santé mentale et les soins de fin de vie. L'évaluation des besoins déterminera l'accès à ces services, et, d'ici 2006, les services disponibles pourraient comprendre les services infirmiers et professionnels, les produits pharmaceutiques, l'équipement médical et les fournitures médicales, le soutien pour les besoins essentiels d'hygiène personnelle ainsi que l'évaluation des besoins de la clientèle et la gestion des cas.

Le gouvernement du Canada a également institué une prestation de compassion d'une durée de six semaines. Sont admissibles à cette prestation offerte par l'entremise du régime d'assurance-emploi et assujettie aux dispositions de protection de l'emploi du *Code canadien du travail* les personnes qui doivent quitter temporairement leur emploi pour s'occuper d'un enfant, d'un parent, d'un conjoint ou d'une conjointe gravement malade ou mourant. Si cette mesure est positive, ce type particulier de prestation profite uniquement aux prestataires de soins que leur emploi rend admissibles à l'assurance-emploi. Bon nombre de prestataires de soins, dont la plupart sont des femmes, travaillent à temps partiel ou ne travaillent pas du tout en raison du temps que requièrent les soins.

À quelques exceptions près, dont la Commission Romanow est la plus notable, les recommandations stratégiques et les réformes dans le domaine des soins à domicile ne tiennent pas entièrement compte des accords commerciaux internationaux. Les accords commerciaux n'ont en effet pas toujours été au premier plan et au centre des grands débats sur la réforme des soins de santé. Comme l'attestent de nombreuses études et commissions provinciales et fédérales, l'avenir de notre système de santé fait l'objet de vastes débats depuis quelques années[2]. Les discussions gravitent principalement autour de la pertinence de conserver notre système de garde sans le modifier ou de l'ouvrir à la privatisation. On s'interroge également sur les relations de plus en plus tendues entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en ce qui a trait aux décisions stratégiques en matière

de santé. Si bon nombre de chercheuses et de chercheurs ont suivi les changements occasionnés par la signature d'accords commerciaux, ils n'avaient pas, jusqu'à récemment, examiné attentivement les contraintes stratégiques que les traités commerciaux internationaux sont susceptibles d'imposer à la réforme, voire au maintien, du système canadien de soins de santé.

Bon nombre de femmes et d'hommes politiques, de chercheuses et chercheurs en santé et de décisionnaires – sans oublier le grand public – connaissent mal la politique commerciale ou, par exemple, les engagements du Canada en vertu de l'AGCS, ou encore, ce qui se passe dans le cadre de l'actuelle ronde de négociations de Doha de l'Organisation mondiale du commerce (OMC). Pour définir le commerce au sens large afin d'y inclure le commerce de services comme les soins de santé (y compris le mouvement des personnes qui fournissent ou souhaitent obtenir ces services), il faut aller bien au-delà de l'habituel champ d'application de la libéralisation du commerce, laquelle vise surtout à éliminer les barrières tarifaires au mouvement des marchandises. L'insistance de plus en plus grande sur l'élimination des barrières non tarifaires au commerce (p. ex. les lois, les règlements, les prescriptions relatives aux licences, les qualifications, etc.) est lourde de conséquences pour la politique en matière de santé. Cette élimination touchera particulièrement les femmes, qui représentent la majorité de la main-d'oeuvre de la santé et des bénéficiaires des soins de santé.

Quoi qu'il en soit, les incidences des accords commerciaux sur la santé soulèvent de plus en plus la controverse. Jusqu'à maintenant, les opinions divergent quant à leurs conséquences sur l'élaboration des politiques en matière de santé. Le gouvernement fédéral soutient que tous les services de santé sont à l'abri des accords commerciaux. D'aucuns prétendent effectivement que le système public canadien de soins de santé n'a essentiellement rien à craindre d'accords comme l'ALENA et l'AGCS. Ils affirment que la situation ne changera que si le volet public du système prend de l'expansion dans de nouveaux domaines où il serait porté atteinte aux intérêts économiques privés (p. ex. Johnson, 2002). Reconnaissant le conflit entre les valeurs des traités commerciaux internationaux et celles du système de soins de santé, certains ont réclamé l'adoption d'approches intégrées tenant compte des préoccupations commerciales tout en respectant les priorités des gouvernements en matière de santé (p. ex. Ouellet, 2002). D'autres encore ont demandé que des changements fondamentaux soient apportés à la politique commerciale et aux obligations conventionnelles du Canada afin d'assurer l'avenir du régime d'assurance-maladie (p. ex. CCPA, 2002).

Bon nombre de ces discussions se déroulent en l'absence d'une analyse comparative entre les sexes systématique et exhaustive. Les gouvernements sont peu enclins à reconnaître que la mondialisation et les accords commerciaux sont des enjeux qui intéressent les femmes, même si ces traités ont été mis en oeuvre dans le contexte des inégalités sociales au pays et à l'étranger. Certains aspects clés de la mondialisation en ce qui a trait au système de soins de santé ont des effets différents selon le sexe, la race, l'origine ethnique et la classe, et des incidences particulières sur les femmes (White, 2001; Armstrong et coll., 2001). De nombreuses études ont demandé l'évaluation de l'incidence des accords commerciaux sur les femmes, et certains chercheurs et chercheuses ont commencé à dresser des cadres d'analyse selon le genre et d'analyse des incidences sociales (p. ex. Cornia et coll., 1987; Gittinger, 1985; White, 2002b).

Néanmoins, la méthodologie utilisée pour concevoir et réaliser ces études d'impact demeure sous-théorisée et sous-développée. Le gouvernement fédéral n'a pas encore fait d'étude qui permette de voir et d'évaluer en quoi les accords commerciaux pourraient toucher différemment les hommes et les femmes. Et aucune étude d'envergure de ce genre n'a encore été faite au Canada ou ailleurs.

En 1999, Santé Canada (Direction des affaires internationales) a commencé à collaborer étroitement avec le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (MAECI) sur les questions liées au commerce et à la santé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation mondiale du commerce (OMC) ont salué leur partenariat, le qualifiant de modèle de coordination des politiques de commerce et de santé à suivre en vue d'atteindre les objectifs nationaux (OMS et OMC, 2002). Bien que l'objet de cette collaboration soit de veiller à ce que les positions de négociation commerciale soient le reflet des priorités et objectifs stratégiques intérieurs (OMS et OMC, 2002 : 142), ces consultations et les décisions qui en découlent ne bénéficient pas de l'éclairage d'une analyse comparative selon le sexe. Les organisations de femmes et les chercheuses féministes qui sont à la fine pointe de l'établissement de cadres d'analyse comparative selon le sexe n'ont pas joué de rôle de premier plan dans la formulation des politiques commerciales. Au gouvernement fédéral, Condition féminine Canada est le principal organisme promoteur de l'égalité des femmes et « n'est pas considéré comme un intervenant important dans les [...] négociations commerciales » (Hassanali, 2000 : 11).

Or, il est bien connu que le sexe et les différences selon le sexe suscitent des besoins et des rapports distincts à l'endroit du système de soins de santé. Par exemple, les femmes représentent 80 % des prestataires de soins de santé primaires dans les secteurs des soins formels et informels, utilisent davantage le système de santé que les hommes et sont surreprésentées parmi les pauvres (Greaves et coll., 1999). En 1997, près de 5,2 millions de Canadiens, dont 54,5 % de femmes, touchaient un faible revenu (Statistique Canada, 2000a). Parmi les femmes à faible revenu, 20 % sont des mères seules et 56 % de celles-ci vivent sous le seuil de la pauvreté (Townson, 2000).

Les femmes, surtout les femmes racialisées, sont plus fortement concentrées dans les emplois faiblement rémunérés qui n'offrent aucune prestation de maladie additionnelle. Les femmes se ressentent particulièrement de tout changement modifiant l'accès aux services de santé, en particulier aux soins à domicile. Outre leur influence sur les soins de santé proprement dits, les accords commerciaux ont également une incidence indirecte sur la santé des femmes par leur influence dans des domaines comme l'éducation, les services sociaux, l'emploi, l'environnement et la culture.

Il existe des raisons impérieuses d'examiner les effets des accords commerciaux sur la santé selon le sexe. De plus, le gouvernement du Canada s'est formellement engagé à respecter l'équité des sexes dans un éventail de lois et de politiques nationales ainsi que d'ententes et de conventions internationales. Cet engagement est inscrit dans la Constitution en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés* (1982). Trois articles de la Charte – 15 (droits à l'égalité), 27 (maintien du patrimoine culturel) et 28 (égalité de garantie des droits pour les

deux sexes) – décrivent les fondements du droit à un traitement égal dont jouissent les Canadiennes et les Canadiens.

En plus de la Charte, le gouvernement fédéral a, en 1995, adopté une politique d'analyse comparative entre les sexes (ACS) dans *À l'aube du XXIe siècle : plan fédéral pour l'égalité entre les sexes* (CFC, 1995). On y déclare que les mesures législatives et les politiques à venir incluront une analyse des différentes incidences sur les hommes et les femmes, ce qui nécessitera l'inclusion de tous les traités commerciaux conclus à partir de 1995. Le Canada est également signataire d'un certain nombre d'ententes internationales. Parmi les principales en ce qui touche les droits et l'égalité des femmes figurent la *Déclaration* et le *Programme d'action de Beijing* (1995), le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) (1979).

Malgré l'engagement clair à l'endroit de l'équité entre les sexes, la compréhension des incidences potentielles et réelles de la libéralisation des échanges commerciaux sur les Canadiennes a peu progressé.

2. MÉTHODES

> *Le fait de montrer la façon dont les accords commerciaux peuvent empiéter sur des domaines intérieurs du secteur de la santé nous éveille à leurs problèmes potentiels* [TRADUCTION] (entrevue avec Joseph Stiglitz, 2003).

Dans le cadre de la présente étude, nous avons réalisé une vaste analyse bibliographique des écrits sur la mondialisation, les accords commerciaux, le sexe et la santé, et interviewé des expertes et des experts du Canada et de l'étranger de même que des spécialistes de la mondialisation, des accords commerciaux, de la politique en matière de santé, de la santé des femmes et des soins à domicile. Pour étoffer notre analyse, nous nous sommes enquises auprès des ministères de la Santé des provinces de l'Ontario et de la Colombie-Britannique et, dans le cas de cette dernière, d'une des autorités sanitaires régionales, du nombre de compagnies d'assurance privée oeuvrant dans le domaine des soins à domicile. Nous avons communiqué avec les syndicats représentant les travailleuses et travailleurs des soins à domicile afin d'obtenir des renseignements démographiques sur cette main-d'oeuvre.

Analyse bibliographique

Nous avons passé en revue la documentation sur la libéralisation du commerce des services et ses répercussions sur la politique en matière de santé et la prestation des services de santé au Canada. Cette documentation comprenait des textes juridiques et des opinions d'expertes et d'experts, par exemple sur la possibilité que l'ALENA et l'AGCS entravent l'élaboration de la politique canadienne en matière de santé et minent un système de soins de santé universel de qualité (p. ex. Epps et Flood, 2003; Gould, 2002; Johnson, 2002; Sanger, 2001; Sinclair et Grieshaber-Otto, 2002). Nous nous sommes servies de la documentation décrivant les changements apportés à la politique sociale canadienne depuis 15 ans pour situer dans leur contexte les débats en cours dans le secteur des soins de santé. Par exemple, nous avons étudié les discussions entourant la compétence des provinces et des territoires sur les transferts fédéraux et la mesure dans laquelle il y aurait lieu d'assujettir la prestation des services sociaux à des normes nationales (p. ex. Romanow, 2002). Nous avons également étudié les travaux féministes et d'autres écrits sur la justice sociale qui jettent un regard critique sur les conséquences que peut entraîner l'insistance du gouvernement canadien sur la réduction de la dette et du déficit aux dépens des programmes sociaux (p. ex. Brodsky et Day, 1998; Clarkson, 2002; Wiseman, 1996).

Nous avons examiné le débat grandissant sur le rôle de la privatisation dans le secteur des soins de santé en nous attardant particulièrement aux écrits sur les effets de la privatisation pour les femmes (p. ex. Armstrong et coll., 2002; Fuller, 1998). À cette fin, nous avons également consulté des études comparatives examinant les différences entre les résultats obtenus sur le plan de la santé par les hôpitaux, les cliniques, les établissements de soins de longue durée et les milieux de soins à domicile publics et privés (p. ex. Harrington et coll., 2001; Himmelstein et coll., 1999). Nous avons aussi étudié les recherches centrées sur le financement et la prestation des soins à domicile au Canada et sur les problèmes auxquels

se butent les travailleuses aussi bien que les femmes bénéficiaires des soins de santé (p. ex. Armstrong et coll., 2001; Cohen, 2001; Fuller, 2001).

Nous avons parcouru les écrits étrangers sur les accords commerciaux et la politique en matière de santé en privilégiant les analystes préoccupés par les effets du commerce international sur les femmes (p. ex. Spieldoch, 2001; White, 2002a). Nous avons donc examiné l'efficacité et la pertinence, pour le secteur de la santé, des outils d'ACS et de l'analyse des incidences sociales (AIS) (p. ex. Banque mondiale, 2002; White, 2002b).

Cette analyse documentaire nous a éclairées dans notre analyse globale et nous avons sélectionné certains écrits pour dresser la bibliographie commentée figurant à l'annexe A.

Entrevues avec des sources clés

Nous avons réalisé 27 entrevues avec des sources clés au Canada, aux États-Unis et en Europe, notamment auprès d'expertes et d'experts ainsi que de spécialistes des accords commerciaux, de la politique en matière de santé, du droit, des soins à domicile, de la mondialisation et la société civile, des femmes et des soins de santé, et de l'analyse comparative entre les sexes. Nous avons interviewé directement un certain nombre de sources internationales clés, dont un représentant de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) à Paris, en France, et une analyste des politiques d'UNIFEM (Fonds de développement des Nations Unies pour la femme) à New York. Nous avons aussi rencontré le directeur de l'Initiative for Policy Dialogue à l'Université Columbia. Nous avons eu un entretien informel avec des universitaires allemands travaillant à la question de l'égalité des sexes et de la mondialisation à l'Université de Mayence, en Allemagne. Nous avons également interviewé des chercheuses et chercheurs universitaires à Toronto et discuté avec des membres du Conseil des Canadiens à Ottawa. De plus, nous nous sommes entretenues en personne avec plusieurs attachées et attachés de recherche du Centre canadien de politiques alternatives, à Ottawa et à Charlottetown.

Nous avons interviewé au téléphone d'autres sources clés au sein d'organisations internationales, par exemple, un spécialiste en santé de l'OMC et des personnes représentant l'OMS à Genève, en Suisse, de même que des spécialistes des femmes et du commerce de l'International Gender and Trade Network (IGTN) et de Women's Edge, à Washington, DC. Nous avons aussi interviewé des spécialistes de l'égalité hommes-femmes et du commerce du Royaume-Uni. Joseph Stiglitz, fondateur de l'Initiative for Policy Dialogue à l'Université Columbia à New York, est également l'un des principaux sujets que nous avons interrogés pour l'étude. Nous avons aussi consulté des spécialistes canadiens et des responsables canadiens de la politique commerciale et de la politique en matière de santé au ministère des Affaires étrangères et du Commerce international et au ministère de la Santé du Canada.

Nous avons recruté les personnes interviewées après consultation des membres de l'équipe de recherche et discussion avec le Comité coordinateur des femmes et la réforme en santé. Le comité de révision déontologique de l'Université de la Colombie-Britannique a approuvé le protocole de recherche. La plupart des entrevues ont été enregistrées sur bande audio, mais des notes ont été prises lors des interviews téléphoniques. Les entrevues ont ensuite

été analysées et résumées pour être utilisées avec les autres données. On trouvera la liste des personnes interviewées à l'annexe B.

Outre les entrevues, plusieurs conférences et forums importants sur la politique en matière de santé du Canada et la libéralisation du commerce se sont déroulés pendant notre recherche. Nous avons participé avec d'autres universitaires à une présentation, intitulée *La mondialisation et le système de soins de santé du Canada*, faite à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada le 19 septembre 2002, à Vancouver. Nous avons également assisté, le 3 février 2003, à Ottawa, à une conférence parrainée par le Conseil des Canadiens, le Centre canadien de politiques alternatives et le Syndicat canadien de la fonction publique, intitulée *Prescription for Change: Securing the Future of Public Health Care*. Nous avons fait une présentation informelle sur les progrès des travaux au Comité coordinateur des femmes et la réforme en santé en novembre 2002. Nous avons également participé avec ce groupe à l'examen du rapport de la Commission Romanow en analysant les sections relatives à la mondialisation, au fédéralisme et à la citoyenneté.

Application de l'analyse comparative entre les sexes aux accords commerciaux

Nous avons fait une ACS en partant de la prémisse que les politiques peuvent avoir des effets différents sur les femmes. « L'analyse comparative entre les sexes est une méthode d'évaluation et d'interprétation qui tient compte des différences sociales et économiques entre les femmes et les hommes, qu'elles s'appliquent à l'élaboration des politiques et des programmes, ou aux activités de la vie en général, comme les rôles professionnels et familiaux » (Santé Canada, 2002 : 1).

L'ACS doit s'appliquer à chaque étape du processus d'élaboration des politiques. Elle met ainsi l'accent sur les incidences réelles, corroborées par des données empiriques, et sur l'examen de l'éventuelle différence des incidences sur les femmes et les hommes.

Deux facteurs compliquent l'application de l'ACS aux accords commerciaux. D'abord, on dispose de méthodologies et d'outils insuffisants pour mesurer les effets des accords commerciaux sur les femmes. Il est aussi difficile de départager les effets selon le sexe des orientations déjà imprimées aux politiques nationales et de la politique commerciale. L'un de nos experts sur le genre et le commerce nous mettait ainsi en garde :

> *Peut-on relier les effets au commerce? Est-il possible d'établir un rapport? Quels sont les facteurs sociaux existants? Quel est le milieu réglementaire? Il faut savoir avec précision quels sont ou quels seront les effets des accords commerciaux sur chacune des variables* [TRADUCTION] (2003).

Il est d'autant plus difficile de mener une recherche de ce genre que la plupart des accords commerciaux sont encore en négociation ou en cours d'élaboration.

Indépendamment de ces contraintes, nous avons choisi de recourir à l'ACS pour tenter de commencer à comprendre les effets possibles des accords commerciaux sur les femmes.

Nous nous sommes posé les questions suivantes pour étudier les répercussions réelles et potentielles, selon le sexe, de l'ALENA et de l'AGCS sur la santé des femmes et des travailleuses du secteur des soins à domicile.

- Quels sont les aspects de l'accord commercial liés à la santé et au genre[3]? Lesquels touchent précisément le secteur des soins à domicile?

- Quels sont les aspects de la mise en oeuvre ou de l'application de l'accord commercial qui ont trait aux rapports sociaux entre les sexes en ce qui concerne le secteur des soins à domicile?

- Quels pourraient en être les effets sur la santé et le travail des femmes du secteur des soins à domicile et sur l'égalité des femmes?

Ellen Gould, experte de renommée internationale des services de commerce et de santé, et Marjorie Cohen, professeure en sciences politiques et en études des femmes à l'Université Simon Fraser, ont examiné notre analyse des accords commerciaux, tandis que Georgia Livadiotakis, analyste des politiques de soins à domicile et de soins continus à Santé Canada, a passé en revue notre analyse des soins à domicile.

Nous avons également appliqué les trois questions précitées à d'autres accords commerciaux touchant plus globalement le secteur des soins de santé : l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), l'Accord sur les obstacles techniques au commerce (OTC), l'Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires (MSP) et la Zone de libre-échange des Amériques (ZLEA), nouvellement créée, qui n'a pas encore fait l'objet d'un accord proprement dit[4].

3. ACCORDS COMMERCIAUX, SANTÉ, POLITIQUES ET GENRE

Dans le présent chapitre, nous faisons un tour d'horizon du système canadien de soins de santé et de la documentation sur le financement et la prestation des soins à domicile. Nous y traitons de tendances et de décisions stratégiques importantes touchant le secteur de la santé. Nous faisons état des ententes commerciales les plus pertinentes pour les services de santé et des dispositions qui nous semblent revêtir le plus d'importance pour les femmes. Notre analyse nous porte à croire que la privatisation croissante du système canadien de soins de santé ouvre le secteur de la santé aux règles des accords commerciaux internationaux. Cette tendance pourrait fragiliser le système de santé canadien financé par l'État et miner la capacité du gouvernement canadien d'entreprendre des réformes de la santé bénéfiques pour les femmes. Nous concluons par un survol des réactions féministes à la libéralisation du commerce et faisons valoir que l'interface santé-commerce n'a pas été suffisamment étudiée.

Nous jetons ensuite un regard critique sur les outils qui ont été conçus pour analyser et évaluer les effets des accords commerciaux sur les populations. Nous nous intéressons en particulier à l'analyse des incidences sociales (AIS) et à l'analyse comparative entre les sexes (ACS). Nous soutenons qu'en dépit de son importance pour l'examen des effets distributifs inégaux des accords commerciaux sur les populations, l'outil d'analyse qu'est l'AIS ne s'appuie pas suffisamment sur une analyse du genre, des relations sociales et des relations de pouvoir, plus vastes, qui servent de toile de fond à la mécanique des politiques commerciales (Cagatay, 2001). L'ACS, en revanche, n'a pas toujours bien su rendre compte des iniquités sociales fondées sur d'autres motifs que le sexe (p. ex. la race et la classe). Il s'agit toutefois d'un important prisme d'analyse permettant de dégager les enjeux critiques pour les femmes, et nous soutenons qu'elle peut éclairer des études de plus grande envergure sur les incidences sociales selon le genre. On trouvera au chapitre 4 une ACS des effets réels et potentiels des accords commerciaux sur le secteur des soins à domicile, domaine particulièrement significatif pour les femmes.

Les soins de santé, les politiques et les femmes

Le Canada est réputé avoir l'un des meilleurs systèmes de soins de santé au monde. Il s'agit pour l'essentiel d'un régime financé par l'État, à prestation privée et sans but lucratif. En vertu de la Constitution du Canada, les soins de santé sont de compétence provinciale. Le gouvernement fédéral a toujours financé le système et, par l'intermédiaire de Santé Canada, voit à la fourniture des services de santé aux Autochtones au Canada. La nature de cette contribution a cependant changé fondamentalement avec l'avènement de l'assurance-hospitalisation, puis de l'assurance médicale, ensuite réunies sous le régime de la *Loi canadienne sur la santé*. En 2000–2001, le Canada a consacré 97,6 milliards de dollars à la santé (Santé Canada, 2002). Dans certains secteurs, les paiements de santé sont en voie d'être privatisés et les fonds publics servent à payer la prestation de services privés. Il s'agit notamment de l'assurance privée, qui couvre de nombreux services non assurés (p. ex. les médicaments), des fonds publics, qui servent à payer certains services de santé à but lucratif (p. ex. dans le cas des Canadiennes et des Canadiens qui se rendent aux États-Unis pour s'y

faire traiter contre le cancer) et des frais privés qu'assument les particuliers pour se prévaloir de services que ne couvrent ni les régimes publics ni les régimes privés. Notre régime fiscal prévoit une compensation minimale pour les personnes qui font d'importantes dépenses privées au chapitre de la santé. De plus, des partenariats se concluent entre les secteurs privé et public, par exemple, pour la construction d'hôpitaux et la prestation de services d'aide.

Selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le secteur public a payé 71 % des dépenses de santé en 2000 (surtout pour les soins hospitaliers et les services médicaux), tandis que le secteur privé en a assumé les 29 % restants (surtout pour les services non couverts par la *Loi canadienne sur la santé* – médicaments, soins dentaires, soins de la vue et soins à domicile) (Kirby, 2001b). Selon les données de l'OCDE (1999), le Canada consacre 9,2 % de son produit intérieur brut (PIB) à la santé. (Les États-Unis y affectent environ 13,9 % du leur et l'Union européenne, 8,0 %.)

Il est également à noter que le système canadien de soins de santé compte beaucoup sur la philanthropie, le bénévolat et les soins informels, en particulier dans le domaine hospitalier. Les femmes comptent pour la majorité des prestataires de ces soins (Armstrong et coll., 2001). Plus de 95 % des hôpitaux sont des établissements privés sans but lucratif (dirigés par des conseils communautaires, des organismes bénévoles, des municipalités ou des autorités sanitaires régionales). Les médecins et les spécialistes négocient un régime de rémunération fixe avec les gouvernements provinciaux par l'entremise de leurs associations professionnelles.

La *Loi canadienne sur la santé*, régie par les principes de l'universalité, de la gestion publique, de l'accessibilité, de la transférabilité et de l'équité, constitue le cadre juridique des soins de santé. La *Loi canadienne sur la santé* couvre deux types de services de santé :

- *les services de santé assurés* – les services hospitaliers nécessaires sur le plan médical, les services médicaux et les services de chirurgie dentaire;
- *les services complémentaires de santé* – certains aspects des soins en établissement de longue durée (soins intermédiaires en maison de soins infirmiers et soins en établissement pour adultes) et les dimensions sanitaires des services de soins à domicile et de soins ambulatoires.

Il ressort d'une analyse du rôle des femmes, tant à titre de travailleuses de la santé que de bénéficiaires des soins de santé, que la majorité des bénéficiaires de soins de santé sont des femmes. Elles utilisent souvent des services différents et sont dans bien des cas responsables de la santé des membres de leur famille, surtout des enfants et des parents âgés (Armstrong et coll., 2001). Les femmes affichent des taux de morbidité supérieurs à ceux des hommes et sont plus nombreuses que les hommes en vieillissant. Elles représentent actuellement les trois quarts des personnes âgées vivant en établissement (Armstrong et coll., 2001). Les circonstances sociales, qui sont les principaux déterminants de la santé, ont souvent des impacts différents sur les femmes. Celles-ci, par exemple, présentent des taux de violence physique et sexuelle supérieurs à ceux des hommes (CCSJ, 1993). Les femmes, surtout les femmes autochtones, les mères seules, les femmes handicapées et les femmes âgées, sont, toutes proportions gardées, beaucoup plus pauvres que les hommes (Morris, 2000). Peu

d'études ont été faites sur les femmes racialisées dans le secteur des soins de santé. On peut cependant présumer que ces femmes se heurtent à des difficultés supplémentaires en raison de leur concentration générale dans les emplois faiblement rémunérés du secteur de la santé et du racisme dont elles sont la cible.

Quant au rôle des femmes dans le système de santé, celles-ci sont fortement concentrées dans les professions infirmières et les emplois faiblement rémunérés, par exemple les services auxiliaires de santé. La main-d'oeuvre auxiliaire des services de soutien en santé subit en premier et le plus durement les compressions gouvernementales, et elle est sous-représentée dans les postes décisionnels (Cohen, 2001). En effet, la restructuration et la rationalisation ont occasionné des pertes d'emplois, en particulier dans les domaines qui font appel aux compétences invisibles des soins et du nettoyage que les femmes acquièrent à la maison. La différence selon le sexe la plus frappante est peut-être le fait que les femmes fournissent 80 % des services de santé primaires rémunérés et non rémunérés (Armstrong et coll., 2001). Elles font de plus en plus de travail non rémunéré et informel à l'intérieur du système de soins de santé, conséquence directe des compressions imposées aux hôpitaux, tant et si bien qu'on prend soin d'un nombre grandissant de personnes en milieu communautaire ou à la maison (Armstrong et coll., 2001).

Aux plus hauts échelons décisionnels, on reconnaît que les femmes ont des besoins uniques en matière de soins de santé et de recherche en santé. En 1999, par exemple, Santé Canada lançait la Stratégie pour la santé des femmes, cadre visant à l'aider à intégrer l'analyse comparative entre les sexes aux politiques et programmes de santé. En général, Santé Canada a pour responsabilité de tracer la voie à la politique du Canada en matière de santé. Ce ministère travaille dans les domaines de la prévention de la maladie, de la réglementation de la santé et de la vie saine. On peut considérer la Stratégie pour la santé des femmes et la création de l'Institut de la santé des hommes et des femmes à l'intérieur des Instituts de recherche en santé du Canada, récemment formés, comme le point culminant des efforts déployés par le mouvement de santé des femmes au Canada et de la reconnaissance croissante du caractère impérieux de l'équité entre les sexes en tant qu'objectif stratégique. Malgré cela, l'analyse comparative entre les sexes demeure absente de bon nombre de forums nationaux sur la politique en matière de santé.

Les soins à domicile au Canada

Les soins à domicile au Canada peuvent être définis comme une « une gamme de services qui permettent aux clients souffrant d'une incapacité partielle ou totale de vivre dans leur propre foyer, et qui ont souvent pour effet de prévenir, de retarder ou de remplacer les soins actifs ou les soins de longue durée » (Santé et Bien-être social Canada, 1990 : 2). L'éventail des services comprend les mesures de soutien en santé aussi bien que les autres mesures de soutien social dont l'objectif est de permettre aux clientes et clients, à leurs parents et amis ainsi qu'à d'autres personnes de composer avec les besoins en soins de courte et de longue durée, y compris les soins palliatifs en milieu communautaire ou à la maison. Il se donne deux principaux types de soins dans ces milieux : les soins formels et les soins informels. Les soins informels sont les soins non rémunérés que prodiguent la famille et les

« proches ». Les soins formels complètent les soins informels et sont fournis par du personnel rémunéré.

Les soins à domicile comprennent les soins professionnels dispensés par du personnel infirmier, des travailleuses et travailleurs sociaux et des physiothérapeutes, ainsi que les soins personnels (aide à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne) et le soutien à domicile (aide à l'accomplissement des activités principales de la vie quotidienne) fournis par des travailleuses et travailleurs. Les soins à domicile comprennent également les soins palliatifs, les programmes de jour, les options d'autogestion des soins et les services bénévoles organisés (p. ex. les services de repas à domicile, le transport et les autres services bénévoles).

Les soins à domicile remplissent une triple fonction spécifique (Santé Canada, 1990) :

- offrir des services d'entretien et de prévention permettant aux personnes ayant des déficits sur le plan de la santé ou des déficits fonctionnels de demeurer chez elles, de vivre de manière autonome et d'éviter que leur état de santé se dégrade davantage et nécessite leur placement en établissement;
- remplacer par des soins de longue durée à domicile les soins de longue durée qui seraient autrement dispensés en établissement;
- offrir des soins de courte durée répondant aux besoins des personnes qui seraient autrement placées dans un établissement de soins de courte durée.

Au Canada, aucun segment des soins de santé ne grossit aussi rapidement que celui des soins à domicile (ACSSD, 2002). Depuis une décennie, on observe une tendance constante à fermer des hôpitaux et d'autres établissements de soins, à raccourcir les séjours à l'hôpital et, en général, à renvoyer plus rapidement chez eux des patientes et des patients « plus malades ». Cette tendance s'est traduite par la désinstitutionnalisation, c'est-à-dire le passage aux soins en milieu communautaire. Or, on ne consacre aux soins à domicile que 5 % du budget total en santé publique (Coyte, 2000). Pendant l'exercice 1998–1999, les gouvernements canadiens ont consacré tout juste un peu moins de 3 milliards de dollars aux soins à domicile (ICIS, 2002).

Financement et prestation

Le financement des soins à domicile est traditionnellement assuré en tandem par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), établi en 1996, le gouvernement fédéral accorde des fonds aux provinces pour la prestation de soins communautaires de longue durée et de soins à domicile. Auparavant, ce financement était fourni dans le cadre du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) pour les mesures de soutien social et en application de l'Accord sur le Financement des programmes établis (FPE) pour les services de soins prolongés à domicile. Bien que cela ne soit pas explicitement prévu dans la *Loi canadienne sur la santé*[5], chaque province et territoire offre une certaine forme de programme de soins à domicile financé par l'État. Il existe deux exceptions. Par l'intermédiaire

du ministère des Anciens combattants (Programme pour l'autonomie des anciens combattants), l'administration fédérale donne des services directs de soins à domicile aux membres des forces armées qui ont servi en temps de guerre ou qui ont effectué des missions en zone de service spécial et qui ne peuvent obtenir ces soins dans leur province ou territoire. Affaires indiennes et du Nord Canada offre des programmes limités aux membres des Premières nations qui vivent dans les réserves (Programme des services de soins aux adultes et services d'aide aux tâches ménagères). Le Programme de soins à domicile des Premières nations et des Inuits est financé par Santé Canada.

Comme les soins à domicile sont exclus de la *Loi canadienne sur la santé*, les normes, critères d'admissibilité, mécanismes administratifs et coûts diffèrent d'une province et d'un territoire à l'autre (Morris, 2001). Les mesures législatives sur les soins à domicile varient, et il n'existe aucune définition minimale de l'« intégralité » relativement à l'éventail des services de santé et des services sociaux inclus dans la catégorie des soins à domicile, comme l'évaluation des besoins, la gestion des cas, les soins professionnels, les soins personnels, le soutien à domicile, le soutien aux prestataires de soins (p. ex. les services de répit et les conseils), les services bénévoles organisés, les fournitures et appareils médicaux, les programmes de jour, les options d'autogestion des soins et l'accès aux médicaments d'ordonnance subventionnés. Chaque province et territoire offre une gamme différente de ces services. Mais il est une constante, à savoir que les services sont poussés à leur limite, que les listes d'attente s'allongent et que les critères d'admissibilité aux services sont de plus en plus restrictifs. Et comme la *Loi canadienne sur la santé* ne couvre pas les soins à domicile, les provinces peuvent modifier les politiques à loisir en réduisant le financement, en haussant les frais modérateurs, en restreignant l'admissibilité et en reconfigurant les structures de prestation.

L'impact de la restructuration des soins de santé sur les femmes dans le secteur des soins à domicile

Il a récemment été signalé qu'« au moins 663 organismes offrent des services de soins à domicile au Canada, dont 93 p. 100 reçoivent une forme de subvention gouvernementale; un peu plus de 50 p. 100 des organismes tirent la totalité de leur financement de sources gouvernementales » (Santé Canada, 1999b : 1). La main-d'oeuvre des soins à domicile comprend un éventail de travailleuses et travailleurs professionnels, auxiliaires, occasionnels, à temps plein, syndiqués et non syndiqués. Les femmes représentent 95 % de la main-d'oeuvre rémunérée des soins à domicile (Lowry, 2002). Les aides familiales, les aides de soins de santé à domicile et les aides-soignantes et soignants représentent de 70 % à 80 % de la main-d'oeuvre des soins à domicile. Le pourcentage qui reste est constitué d'infirmières et d'infirmiers, de gestionnaires de cas, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de travailleuses et travailleurs sociaux et d'inhalothérapeutes (Comité directeur national, 2002). On sait peu de choses des autres caractéristiques démographiques de la main-d'oeuvre des soins à domicile. Il n'existe par exemple aucune donnée canadienne sur la composition de cette population active selon la race et l'origine ethnique.

Main-d'oeuvre des soins formels à domicile

La restructuration du système de soins de santé s'est répercutée sur les prestataires rémunérés de services de soins à domicile. La fermeture de lits dans les hôpitaux et la réduction des services de soutien en milieu communautaire ont « entraîné une augmentation du nombre de patients à domicile ayant des besoins complexes en matière de soins » (CASSC, 2002 : 13). Les travailleuses et travailleurs s'acquittent donc de tâches médicales plus complexes que jamais. Ont également été soulevés les dossiers du recrutement et du maintien en poste, des salaires, des conditions de travail ainsi que de la formation et de l'enseignement (CASSC, 2002). Par exemple, il y a une pénurie de prestataires de soins à domicile, un roulement rapide du personnel et des lacunes sur le plan de la rémunération. Les travailleuses et travailleurs des agences de soins à domicile sont moins bien payés que leurs homologues en établissement et, de surcroît, leur charge de travail est plus lourde.

Main-d'oeuvre des soins informels à domicile

Dans ce contexte stratégique, on presse de plus en plus la famille et les amis de prodiguer des soins non rémunérés aux personnes ayant des limitations fonctionnelles ou des maladies aiguës ou terminales, ou qui sont en récupération postopératoire. On s'attend à ce qu'il y ait un bassin de main-d'oeuvre privée pour offrir des soins en marge de la sphère publique. D'ailleurs, la très vaste majorité des soins de santé prodigués au Canada et ailleurs le sont dans l'intimité du foyer par des prestataires de soins informels (Lyons et Zarit, 1999). En fait, de 85 % à 90 % des soins sont fournis de manière informelle (Cranswick, 1997; Denton, 1997). Les prestataires de soins informels sont avant tout des membres de la famille, bien que les amis, les voisins et les bénévoles prodiguent également un volume considérable de soins[6].

Le plus souvent, les prestataires de soins informels – indépendamment de leur classe, de leur race, de leur culture, de leur âge, de leur état matrimonial ou de leur orientation sexuelle – sont des femmes. Bon nombre prennent soin de membres de plus de deux générations (p. ex. des parents âgés et des membres de leur famille immédiate). On fait peu de cas, dans les politiques sociales actuelles, de cette disparité de genre dans les responsabilités en matière de soins. On ne reconnaît pas tellement plus d'ailleurs le fait que la plupart des femmes qui prodiguent des soins informels travaillent aussi pour gagner leur vie. Malgré la contribution des femmes aux soins à domicile, les considérations de genre n'occupent qu'une place marginale dans les politiques et la recherche (Morris, 2001).

Le coût des soins à domicile

Fast et Frederick (1999) estiment que la valeur de remplacement du travail accompli par les prestataires de soins informels au Canada dépasse annuellement les 5 milliards de dollars. Les estimations de Santé Canada pour l'année 1999-2000 sont légèrement inférieures et s'établissent à 3 milliards de dollars (CASSC, 2002 : 7). Il n'est pas surprenant que les gouvernements considèrent les soins à domicile comme un substitut économique aux hôpitaux et aux autres établissements de soins de longue durée. Les données financières émergentes semblent étayer ces conclusions. Ainsi, entre 1993 et 1996, le coût des soins hospitaliers a diminué de 1 205 millions de dollars à l'échelle nationale, tandis que celui des soins à domicile ne s'est accru que de 452,8 millions de dollars (Santé Canada, 1998 : 3).

Il ressort des 15 études menées au Canada (Hollander et Chappell, 2000) dans le cadre d'un programme intégré de recherche que les soins à domicile coûtent globalement moins cher à la société que les soins en établissement, et ce, à tous les niveaux de soins, même lorsqu'on tient compte des dépenses remboursables de la clientèle, des membres des familles et des autres prestataires de soins (dépenses chiffrées au salaire minimum et au salaire de remplacement). Cependant, les études de ce programme de recherche ne tenaient pas compte de la gamme complète des fardeaux, des conséquences et des coûts humains autres que le temps et les dépenses que la personne soignante a consacrés aux soins. Elles ne mesuraient pas non plus la qualité, y compris la continuité, des soins prodigués à domicile aux malades, ni d'ailleurs les coûts à long terme pour les soignantes au chapitre de la santé, de l'emploi et des pensions.

La privatisation

À l'objectif de réaliser des économies se sont greffés l'examen des modes novateurs de prestation des services et la participation accrue du secteur privé aux soins à domicile, une plus grande concurrence et l'éclosion d'organisations vastes et complexes (Close et coll., 1994). En général, les services de soins à domicile font l'objet d'un financement et d'une prestation publics, d'un financement public et d'une prestation privée ou d'un financement et d'une prestation privés. Les services privés peuvent être à but lucratif ou sans but lucratif. Par exemple, certaines provinces assurent directement la prestation des services de soins à domicile, alors que d'autres comptent sur des organismes externes (organismes bénévoles, sans but lucratif ou à but lucratif) pour le faire. La prestation des soins à domicile a toujours fait l'objet d'un partage entre les secteurs public et privé. À preuve, les services d'auxiliaires familiales, d'aides familiales, les soins de santé à domicile, les soins infirmiers et les soins palliatifs sont tous offerts depuis de nombreuses années (Nahmiash et Reis, 1992). Ce qui gagne du terrain, c'est la sous-traitance de services à des organisations à but lucratif. En particulier, de nombreuses sociétés considèrent les soins de longue durée comme un marché lucratif (Armstrong et Armstrong, 2001).

Par ailleurs, on ne cesse de réduire la gamme de services offerts par l'entremise du système public. Par nécessité, ceux et celles qui en ont les moyens achètent de plus en plus de services en marge du système public. Ce phénomène a pour effet d'accroître les dépenses personnelles de la clientèle et des familles. Les Canadiennes et les Canadiens consacrent de plus en plus d'argent aux soins de santé fournis par le secteur privé. Selon l'Enquête sur les dépenses des ménages de Statistique Canada, les ménages ont vu leurs dépenses en soins de santé passer d'une moyenne de 1 000 $ en 1996 à 1 357 $ en 2000 (ICIS, 2002). En règle générale, les fonds publics financent de moins en moins de services de santé communautaires.

La privatisation peut se définir comme un « processus à l'issue duquel les activités, les avoirs, les coûts ou le contrôle passent du secteur public au secteur à but lucratif » [TRADUCTION] (Browne, 2000 : 2). Elle peut aussi se manifester par des changements plus implicites, par exemple le fait pour le gouvernement d'abandonner un service, de continuer à payer pour un service sans l'offrir ou de percevoir des frais modérateurs en contrepartie d'un service (Browne, 2000; Armstrong et coll., 2001). Dans le cas des soins à domicile, nous assistons à ce que d'aucuns qualifient de « privatisation en cascade », c'est-à-dire qu'on radie de la liste,

parce qu'ils sont fournis à la maison, des services que le régime d'assurance-maladie couvrait autrefois puisqu'ils étaient dispensés dans les hôpitaux et d'autres établissements. D'autres parlent de « privatisation à la dérobée » [TRADUCTION] (Armstrong, 1999).

La préoccupation la plus fondamentale, c'est l'objectif des organisations à but lucratif, c'est-à-dire la maximisation des profits, qui prime sur tout, y compris sur l'intérêt public et le bien-être des malades (Gibelman et Demone, 2002; Browne, 2000). Dans un commentaire général sur les effets de la privatisation des soins à domicile sur les clientes et les travailleuses, un expert des politiques sur la santé que nous avons interviewé nous a dit :

> *La cliente et la soignante partagent une multitude d'intérêts parce qu'elles sont pauvres, qu'elles sont des femmes et qu'elles sont menacées tant par les politiques publiques qui ménagent un espace aux sociétés que par les entreprises elles-mêmes, qui font de l'argent en versant de petits salaires et en fournissant à leur clientèle des services moins nombreux et de piètre qualité* [TRADUCTION] (2003).

Somme toute, la demande de soins à domicile augmente à mesure que s'effritent les systèmes de soutien public, au fil des avancées technologiques, du vieillissement de la population et de la prévalence croissante de maladies telles que le VIH/sida, la maladie d'Alzheimer et le cancer. Beaucoup de Canadiennes et de Canadiens trouvent intenable la situation actuelle des soins à domicile. On en a bien documenté le fardeau et les conséquences négatives pour les personnes soignantes (Armstrong et Armstrong, 2001; Baines et coll., 1998; Morris, 2001; Parent et coll., 2001). En 1998, 85 % des Canadiennes et des Canadiens voulaient qu'on ajoute les soins à domicile à la *Loi canadienne sur la santé* (Price Waterhouse Coopers, 1998). En 1999, 80 % en favorisaient l'inclusion dans le régime d'assurance-maladie (Berger, 1999). Par ailleurs, 57 % ont dit estimer que l'expansion du programme des soins à domicile et en milieu communautaire serait l'un des meilleurs moyens d'améliorer le système de soins de santé (Ekos, 2000). Malgré de récentes modifications à la politique des soins à domicile au Canada, nous sommes encore loin d'un programme complet à l'échelle nationale.

Le système des soins de santé : politiques internes et pressions externes

Politiques internes

Ainsi que l'illustre l'exemple des soins à domicile, le système canadien de soins de santé a profondément changé. On peut voir que les modifications découlent de décisions stratégiques internes et de pressions externes liées à la mondialisation et au commerce. S'inspirant des travaux de Standing (1999), Bernier et Dallaire (2001 : 121) font remarquer que « le pivot de la réforme récente des soins de santé (la migration de nombreux services depuis les établissements vers la communauté) a modifié de fond en comble les relations entre le gouvernement, le système public de soins de santé, les prestataires de soins de santé du secteur privé, les organismes communautaires et l'économie "intérieure" » [TRADUCTION]. Nous ajouterions que la réforme des soins de santé est intimement liée aux pressions commerciales extérieures, qui favorisent les intérêts des entreprises et appellent à la réduction des dépenses sociales.

Un certain nombre de développements clés méritent qu'on s'y arrête. Le premier – l'adoption de la *Loi d'exécution du budget* – date de février 1995. Cette loi a permis au gouvernement du Canada d'abroger le Régime d'assistance publique du Canada et d'instaurer le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux en 1996.

Durant la majeure partie de l'histoire récente du Canada, le gouvernement fédéral a joué un rôle déterminant dans les programmes sociaux nationaux. Au moyen de transferts et de programmes à frais partagés lancés dans les années 1950, il a exercé une grande influence dans les champs de compétence provinciale et territoriale, comme la santé, l'enseignement postsecondaire, les services sociaux et l'aide sociale. En témoignent des accords fiscaux tels que le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC), créé en 1966, et, plus tard, le Financement des programmes établis (FPE), adopté en 1977. Le RAPC défrayait les provinces pour la moitié des coûts de l'aide sociale et des services sociaux. Quant au FPE, il s'agissait d'un fonds consolidé consacré aux soins de santé et à l'enseignement postsecondaire. (Le FPE a servi de prélude au « financement global »). Aux termes de ces arrangements, le gouvernement fédéral a fixé et appliqué des normes nationales pour veiller à ce que l'ensemble des Canadiennes et des Canadiens reçoivent le même niveau de soins.

Sans aucunement consulter les provinces et les territoires, le gouvernement fédéral a opéré un virage radical avec l'adoption du budget Martin de 1995, réduisant les dépenses sociales de manière draconienne au moyen du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Le TCSPS est un mécanisme qui permet d'assurer aux provinces un financement pour l'ensemble des domaines précédemment couverts par le RAPC et le FPE. Il devient alors impossible de savoir ce que le gouvernement donne ou retranche de l'un ou l'autre de ses programmes sociaux. À bien des égards, le TCSPS a marqué l'aboutissement d'une tendance constante à réduire et à geler les transferts aux provinces. La mise en oeuvre du TCSPS a eu d'importantes répercussions. De 1994-1995 à 1998-1999, Ottawa a ramené sa contribution à la santé, à l'éducation et à l'aide sociale de 19,3 à 12,5 milliards de dollars. Le gouvernement commence tout juste à rétablir le financement des soins de santé. De plus, on a également modifié la *Loi canadienne sur la santé* en 1996 pour la rendre conforme au TCSPS.

> *La* Loi canadienne sur la santé *a été modifiée en 1996 à l'insu de tous ... et ce fut une modification préjudiciable motivée par l'avènement du TCSPS. La* Loi canadienne sur la santé *renfermait à l'article 6 une disposition [couvrant] les services de santé complémentaires, qui sont les services de consultation externes, les maisons de soins infirmiers, les soins à domicile, domaines qui occupent une place grandissante au sein du système de santé. L'article 6 précisait essentiellement que le gouvernement fédéral consacrait à ces services un montant en contrepartie duquel les provinces devaient obligatoirement rendre des comptes en vertu de la Loi. C'est [l'un des] articles qui ont été abrogés* (interview avec un expert des politiques sur la santé, 2003) [TRADUCTION].

Le TCSPS oblige seulement les provinces et les territoires à respecter les critères de la *Loi canadienne sur la santé* et à ne pas imposer d'obligation de résidence aux personnes

souhaitant recevoir de l'aide sociale. Santé Canada est autorisé à pénaliser toute province ou territoire qui contreviendrait à la *Loi canadienne sur la santé* (par exemple en percevant des frais modérateurs ou en faisant une surfacturation) en soustrayant du TCSPS le montant reçu par cette province ou ce territoire.

Chaque gouvernement provincial et territorial ajoute des fonds à la portion du TCSPS qu'il injecte dans son système de soins de santé, et la somme combinée finance la prestation des soins de santé dans cette province ou ce territoire. Le TCSPS fait en sorte que les provinces ont maintenant davantage de responsabilités financières en ce qui a trait aux politiques sociales. Bien que le gouvernement fédéral ait fortement réduit les transferts aux provinces, il continue d'obliger ces dernières à se conformer à des normes nationales. De nombreuses provinces soutiennent toutefois que le gouvernement a réduit son pouvoir d'imposer quelque vision que ce soit de la politique sociale et des programmes sociaux aux provinces et territoires. De fait, bien qu'il ait eu l'occasion de le faire, le gouvernement fédéral a rarement contesté l'action des provinces en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.

Pour venir à bout de ces tensions, le gouvernement fédéral, les territoires et neuf provinces (à l'exclusion du Québec) ont signé l'Entente-cadre sur l'union sociale (ECUS) en février 1999. Il s'agissait d'améliorer le mode de coopération des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux au regard des politiques sociales et des programmes sociaux, surtout dans le domaine de la santé. Certains, comme Alain Noël (2000 : 2) ont soutenu qu vec l'ECUS, le gouvernement fédéral tentait de rétablir son autorité dans le domaine des soins de santé : « L'Entente-cadre sur l'union sociale reconnaît, célèbre même, la légitimité du rôle fédéral dans la politique sociale » [TRADUCTION]. Cependant, l'ECUS n'a guère permis au gouvernement fédéral de reprendre son rôle dans le secteur de la santé, si bien que les normes nationales du système de soins de santé s'effritent.

En février 2003, soit trois mois après la diffusion du rapport de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow), le gouvernement canadien a accepté l'Accord sur le renouvellement des soins de santé. Il a annoncé qu'il augmenterait les dépenses de santé et s'est engagé à créer deux transferts le 1er avril 2004 : le Transfert canadien en matière de santé (TCS), par lequel les fonds en santé seront acheminés aux provinces, et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS), qui servira à financer l'éducation et les services sociaux. Il y a également des pourparlers sur la façon d'obliger les provinces à rendre davantage compte au gouvernement fédéral de leurs dépenses en santé.

Malgré ces faits nouveaux, les provinces continuent de faire des expériences de privatisation des soins de santé (p. ex. la construction d'hôpitaux privés en Alberta et en Colombie-Britannique, la prestation à but lucratif de nombreux services de soins à domicile en Ontario et l'embauche en sous-traitance de travailleuses et travailleurs des services hospitaliers en Colombie-Britannique), ce qui met en péril la nature publique des soins de santé au Canada. Dans un contexte politique plus large, les compressions des paiements de transfert fédéraux et le TCSPS ont, dans les faits, amélioré le climat pour le commerce des biens et services au Canada en réduisant les pouvoirs du gouvernement fédéral et en pressant les provinces d'envisager la privatisation pour financer la santé et les services sociaux.

Pressions externes

Réfléchissant au lien entre la politique officielle intérieure et les accords de libre-échange, un expert des politiques en matière de santé et de commerce que nous avons interviewé s'est exprimé dans les termes suivants :

> *Il y a une relation entre les accords de libre-échange, la politique provinciale et fédérale et, de toute évidence, les personnes qui investissent dans le secteur de la santé et l'industrie de la santé. Ce qui me tracasse, c'est qu'on n'a pas vraiment étudié à fond ce qui s'est passé dans le secteur de la santé depuis la conclusion des accords de libre-échange* [TRADUCTION] (2003).

Sur le plan international, Koivusalo (2003 : 173) fait la remarque suivante : « Les réformes nationales du secteur de la santé, par la déréglementation, la privatisation et la décentralisation, restructurent les systèmes de santé pour qu'ils servent de compléments à la nouvelle économie mondiale » [TRADUCTION].

Le TCSPS a vu le jour la même année que l'ALENA et l'OMC[7]. On avait préparé le terrain à l'ALENA en 1989, au moment où le gouvernement conservateur du premier ministre Brian Mulroney avait conclu un accord commercial avec les États-Unis : l'Accord de libre-échange entre le Canada et les États-Unis (ALE). Dans son chapitre sur les services, l'ALE couvrait une foule d'enjeux commerciaux touchant la santé et il a été le premier accord exhaustif sur le commerce des services. Il a servi de modèle important à la fois pour l'ALENA et pour l'Accord général sur le commerce des services (AGCS).

Les accords de l'OMC les plus pertinents pour la santé sont l'AGCS, l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), l'Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires (MSP) et l'Accord sur les obstacles techniques au commerce (OTC). La Zone de libre-échange des Amériques (ZLEA) s'applique également. Ce récent traité vise à supprimer les obstacles au commerce dans un grand nombre de pays des Amériques.

Ensemble, ces accords couvrent un éventail de services de santé et englobent les déterminants généraux de la santé (p. ex. l'éducation, le transport et les communications, l'environnement, la sécurité alimentaire, l'eau, les services sanitaires, la qualité de l'air et les services financiers). Globalement, ils visent à assurer la prévisibilité et la stabilité de la pratique commerciale par l'application de cadres juridiques assortis de règles et d'obligations contraignantes. Cependant, ces règles uniformes d'observation des règles mondiales du commerce ont aussi un effet d'homogénéisation. Les États membres, dont la taille, le stade de développement et le degré de participation des secteurs privé et public au financement, à l'achat et à la fourniture de services de santé varient, pourraient ne plus avoir suffisamment de marge de manoeuvre pour maintenir les « divergences » entre leurs systèmes. Pour le Canada et la combinaison du secteur public et du secteur privé qui le caractérise dans le domaine de la santé, il s'agit là d'un enjeu stratégique clé.

Tableau 1 : Accords commerciaux et santé

Accords	Domaines de la santé
Régional	Services de santé
ALENA	
Multilatéraux (Organisation mondiale du commerce)	
AGCS	Services de santé
ADPIC	Produits pharmaceutiques
MSP et OTC	Sécurité alimentaire, protection de l'environnement, protection des consommatrices et consommateurs et protection de la santé

La Division des services et du commerce du ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (MAECI) surveille tous les traités commerciaux et détermine la position du Canada à leur égard. Elle travaille avec d'autres divisions du MAECI et, parfois, avec d'autres ministères, plus précisément la Direction des affaires internationales de Santé Canada. Elle consulte également des expertes et des experts des Groupes de consultations sectorielles sur le commerce extérieur (GCSCE). Le GCSCE – Produits et services médicaux et de soins de santé travaille en étroite collaboration avec le MAECI. Les critiques ont cependant fait remarquer que la majorité des membres de ce GCSCE provenaient de l'industrie et, au moment de rédiger les présentes lignes, que les syndicats, les spécialistes des politiques sur la santé et les groupes ou organisations de femmes préoccupés par la santé et l'inégalité sociale n'y étaient pas représentés. Par ailleurs, on ne cesse de s'inquiéter du manque de transparence du gouvernement fédéral dans ses négociations commerciales (Sanger, 2001; Sinclair et Grieshaber-Otto, 2002). Par exemple, dans le cadre des négociations de l'AGCS, le gouvernement fédéral se contente de fournir des résumés des demandes de négociation qu'il a reçues d'autres pays.

Industrie Canada et le MAECI répètent à la population canadienne que le système de soins de santé est à l'abri des accords commerciaux et que les services de santé ne sont pas sur la table des négociations commerciales[8]. Qui plus est, on s'est engagé à conserver une marge de manoeuvre stratégique en santé, de même que dans les domaines de l'éducation et des services sociaux dans le contexte des accords commerciaux (CPAECI, 2002). Adlung et Carzaniga (2001), de la Division du commerce des services de l'OMC, soutiennent également qu'en vertu de l'AGCS, tous les membres ont encore une très grande latitude pour poursuivre leurs objectifs stratégiques.

Malgré ces assurances, le gouvernement canadien a mis certains types de services de santé sur la table de négociation de plusieurs accords (p. ex. les services de réadaptation dans le cadre de l'ALE et l'assurance-maladie dans le cadre de l'AGCS). Réfléchissant aux effets que cela a déjà eus sur les services de santé, un chercheur en politiques sur la santé que nous avons interviewé a déclaré ce qui suit :

> *À mon avis, certaines composantes du système de soins de santé ont été vraiment compromises, au point qu'il serait difficile de les rapatrier dans le*

> *secteur public, et les soins aux malades externes en sont une (en particulier les services de réadaptation)* [TRADUCTION] (2003).

Lors d'une discussion sur les effets que la privatisation a déjà sur les services de réadaptation, un spécialiste des politiques sur la santé nous a dit :

> *Bien entendu, certains groupes sont plus durement touchés que d'autres : les personnes âgées, les personnes handicapées, en majorité des personnes âgées, et les malades chroniques qui ont constamment besoin de services de réadaptation. Ceux-là mêmes qui doivent maintenant payer directement pour ces services. Pas d'argent, pas de services* [TRADUCTION] (2003).

Les femmes représentent la majorité des personnes âgées qui sont touchées. Jusqu'à quel point, devons-nous nous demander, les engagements du Canada à l'égard du libre-échange ne créent-ils pas un climat social accentuant les inégalités entre les gens en général et entre les hommes et les femmes en particulier?

Le Canada et le commerce des services

La valeur des services de santé offerts dans les pays membres de l'OCDE a été estimée à quelque 3 billions de dollars américains et devrait atteindre les 4 billions d'ici 2005 (Marconini, 1998). Lorsqu'on définit le « commerce » des services au sens large pour inclure l'investissement et le mouvement des professionnels de la santé, celui-ci devrait, prévoit-on, gagner en importance (Chanda, 2001).

Un certain nombre de tendances émergentes le corroborent. La compression des coûts, le repli des gouvernements et la présence accrue du secteur privé sont des phénomènes que l'on observe dans la plupart des pays membres de l'OCDE. Plus précisément, l'accélération marquée du mouvement des professionnelles et professionnels de la santé, l'augmentation des investissements à l'étranger par les exploitants d'hôpitaux et les compagnies d'assurance-maladie, et l'intérêt grandissant pour le « tourisme de la santé » (c.-à-d. le fait de se rendre dans un autre pays pour y obtenir des soins) montrent que le commerce des services de santé prend de l'ampleur et présente de vastes possibilités d'expansion (OMS et OMC, 2002).

En l'an 2000, le commerce des services représentait 11,9 % du total des exportations et 14,7 % du total des importations (Statistique Canada, 2000b). Des compagnies d'assurance de personnes du Canada sont déjà présentes dans plus de 20 pays (Finances Canada, 2001). Trois cent compagnies canadiennes s'occupent de télésanté (c.-à-d. les nouvelles technologies qui permettent aux malades de consulter des médecins à distance) et il s'agit souvent de multinationales (Chanda, 2001). La participation du Canada au commerce international des médicaments est considérable et croît rapidement. Par exemple, la valeur des exportations du secteur de la fabrication de produits pharmaceutiques et médicaux est passée de 1,562 à 2,568 milliards de dollars canadiens (Statistique Canada, 2003). Il semble également que le Canada ait l'intention d'accroître encore plus la présence de son industrie de la santé sur les marchés étrangers (p. ex. voir CPAECI, 1999).

En 1998, les importations du Canada atteignaient 52,1 milliards de dollars, et les services de santé (inclus dans une catégorie avec l'éducation, les entreprises, etc.) représentaient environ 16 % de ce montant. Il est essentiel de bien comprendre les types de services que le Canada importe si l'on veut analyser d'une quelconque façon les effets des accords commerciaux. Pourtant, le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international et d'autres ministères ne se sont concentrés jusqu'à maintenant que sur des exportations qui occupent une place infime dans l'économie canadienne. Il appert donc que les changements actuellement apportés à la politique gouvernementale intérieure, axée sur les exportations, ne touchent véritablement qu'un très petit nombre d'acteurs de l'économie canadienne.

L'ALENA et l'AGCS

De tous les accords, on estime que l'ALENA et l'AGCS sont ceux qui touchent le plus le système canadien de soins de santé en raison de leurs répercussions immédiates sur les services de santé (Johnson, 2002; Ouellet, 2002). Nous en examinons des dispositions particulières pour en déterminer l'étendue des effets sur le système de soins de santé.

L'ALENA et l'AGCS sont distincts, mais se chevauchent. Chacun de ces accords renferme des clauses qui engagent les gouvernements à participer à des rondes répétées de négociations visant une libéralisation accrue des services. L'ALENA est considéré comme un traité rigide à mode descendant (c.-à-d. qui oblige les pays signataires à en respecter automatiquement toutes les conditions). L'AGCS est généralement décrit comme un accord plus flexible à mode ascendant, parce que les pays signataires choisissent volontairement d'y adhérer (c.-à-d. que seuls les services qu'un pays a inscrits à sa liste sont touchés par certaines règles). Cependant, l'AGCS possède également des caractéristiques descendantes (p. ex. la règle de la nation la plus favorisée, qui s'applique à tous les services, inscrits ou non à la liste) (Sanger, 2001). L'ALENA et l'AGCS obligent tous deux les gouvernements à traiter les sociétés étrangères aussi bien, sinon mieux, qu'ils ne traitent les entités nationales.

Dans le cadre de l'ALENA et de l'AGCS, le Canada n'a pas pris d'engagements explicites au chapitre des services de soins de santé, mais ces traités n'en pourraient pas moins affecter la politique sur les soins de santé. C'est que dans l'ALENA, mis à part les télécommunications et les services financiers (qui font l'objet de chapitres séparés), aucun service n'est explicitement mentionné. Cependant, les sections sur l'investissement, la concurrence, les monopoles et les entreprises d'État s'appliquent à l'ensemble des services. Le gouvernement canadien a pour l'instant inscrit l'assurance-maladie à l'AGCS. Nous en examinons les conséquences ci-après. De plus, le libellé de l'ALENA et de l'AGCS relatif à la protection des services publics est contestable.

L'Accord de libre-échange nord-américain

L'ALENA est un traité commercial qu'ont signé le Canada, les États-Unis et le Mexique en 1994. Il porte sur les biens et services de l'ensemble des branches de l'activité économique, y compris le secteur de la santé (à moins d'exemptions). Les objectifs de l'ALENA (énoncés à l'article 102) précisent que les partenaires commerciaux doivent chercher à accroître les investissements entre eux en éliminant les obstacles au commerce et en facilitant le mouvement transfrontières des biens et services. Au-delà du commerce transfrontalier, l'ALENA a, par le

truchement de ses clauses d'investissement, d'importantes conséquences sur le traitement des investisseurs et des fournisseurs de services étrangers. L'ALENA a également pour objectif d'assurer une protection efficace et suffisante des droits de propriété intellectuelle et de créer un cadre de coopération trilatérale, régionale et multilatérale. Ces objectifs sont prépondérants et les autres dispositions de l'accord s'interprètent en fonction de ceux-ci. Il est important de noter que les trois gouvernements ont pris l'engagement souverain de libéraliser encore plus le commerce.

L'ALENA a son propre mécanisme de règlement des différends, ce qui est significatif puisqu'il s'agit du premier accord à permettre aux sociétés de contester directement les gouvernements et d'exiger qu'on les dédommage financièrement (chapitre 11). Le Canada a ressenti l'impact de cette mesure dans le cadre d'une série de plaintes déposées par des sociétés américaines. Par exemple, en raison de l'ALENA, le Canada a renoncé à son projet de légiférer sur la banalisation des paquets de cigarettes et de bannir le MMT, produit toxique qu'on ajoute à l'essence (Sanger, 2001).

À la signature de l'ALENA, la croyance voulant que l'accord renferme des échappatoires permettant aux sociétés américaines d'empiéter sur le système universel de soins de santé du Canada a semé l'inquiétude au sein de la population. Cette inquiétude s'est accentuée au moment où les contestations d'entreprises américaines ont été rendues publiques. La population a commencé à comprendre jusqu'à quel point le système de santé majoritairement privé des États-Unis pourrait profiter de l'ouverture des marchés au Canada, surtout à la lumière des compressions fédérales et provinciales de plus en plus vigoureuses dans le système de santé (Boliz et coll., 1999). Par exemple, sous le régime de l'article 11 de l'ALENA, les parties peuvent faire à l'étranger des investissements directs susceptibles de s'étendre au secteur de la santé. Cette disposition permet aux sociétés étrangères d'investir de manière à devenir propriétaires à 100% d'établissements de santé (Chanda, 2001). Lorsqu'un tel service du secteur public n'est pas entièrement protégé, il se prête à une privatisation accrue, ce qui peut entraîner la concurrence entre les secteurs public et privé. Par exemple, le gouvernement serait susceptible d'être traité comme une société, car, en vertu de l'ALENA, il lui serait interdit de conserver le « monopole » des services qu'il fournit, à plus forte raison s'ils sont déjà partiellement privatisés.

La possibilité que l'ALENA refaçonne le système canadien de soins de santé fait l'objet de fréquentes discussions. Lorsqu'on a négocié l'ALENA, certaines politiques et mesures provinciales ont été exemptées à condition d'être déjà en vigueur à l'adoption de l'accord[9]. Pourtant, la décision récente de l'Alberta de permettre l'ouverture de cliniques privées représente un changement de cap et entrouvre la porte du système à l'ALENA. Comme l'expliquait Appleton (2000 : 2), « dès qu'une réserve est perdue parce qu'une province a modifié ses vieilles politiques ou pratiques, il est impossible de la renouveler. C'est la raison pour laquelle la plupart des provinces modifient leurs politiques sur les soins de santé avec beaucoup de précaution, car ces changements peuvent abaisser le seuil de leurs obligations aux termes de l'ALENA » [TRADUCTION].

Il est clair que l'ALENA réduit la capacité du système public de prendre de l'expansion (p. ex. pour inclure les soins à domicile, les soins dentaires et l'assurance invalidité). Toutefois, il permet surtout au secteur privé de faire valoir ses droits dès qu'une privatisation s'enclenche. Ainsi, le secteur public n'est protégé que dans la mesure où les gouvernements ne se mettent pas à privatiser. La privatisation mine nettement le système de santé public et a des conséquences particulières pour les femmes, qui représentent la majorité de la main-d'oeuvre du système de soins de santé, qui ont souvent la responsabilité de s'occuper de la santé de leur famille et qui utilisent le système plus souvent que les hommes.

L'Organisation mondiale du commerce

En 1995, l'OMC a remplacé l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT), qui datait de 1948. Le GATT a été incorporé à l'éventail très élargi des accords commerciaux formant l'Accord sur l'OMC, auquel son libellé a été intégré. Le GATT ne s'appliquait qu'au commerce des biens, tandis que les règles de l'OMC s'étendent également au commerce des services et à la propriété intellectuelle (OMS et OMC, 2002).

L'OMC supervise une foule d'accords multilatéraux, dont l'AGCS. Essentiellement, les gouvernements membres ne peuvent choisir les accords de l'OMC auxquels ils adhéreront et ils doivent se conformer à tous. Par-dessus tout, les accords commerciaux multilatéraux « portent sur un éventail beaucoup plus vaste de mesures que les tarifs et les douanes et sont donc beaucoup plus lourds de conséquences stratégiques qu'on ne le reconnaît souvent » [TRADUCTION] (Koivusalo, 2003 : 161). Les accords multilatéraux relevant de l'OMC ont des conséquences sur de nombreuses questions liées à la santé, dont le contrôle des maladies infectieuses, la sécurité alimentaire, la lutte contre le tabagisme et la réglementation des aliments génétiquement modifiés (OMS et OMC, 2002).

Il incombe également à l'OMC de régler les différends commerciaux par l'entremise de l'Organe de règlement des différends, qui a l'autorité exclusive de créer des groupes spéciaux d'experts et qui a également le pouvoir d'autoriser la prise de mesures de « rétorsion » si un pays n'obtempère pas (OMS et OMC, 2002). Selon les critiques, le processus de règlement des différends commerciaux de l'OMC est « à la fois fermé à l'apport du public et contraignant » [TRADUCTION] (Ostry 2001 : 477). Les critiques font également remarquer qu'en dépit du caractère consensuel des décisions, la Quadrilatérale (Canada, États-Unis, Union européenne et Japon) exerce le plus de pouvoir décisionnel (Ostry, 2001). L'OMC jouit de pouvoirs de réglementation et de sanction sans précédent, et ce sont ces pouvoirs qui, croit-on, empiètent sur la faculté des pays d'élaborer des politiques. De nombreux litiges touchant la santé ont été présentés dans le cadre des accords de l'OMC et dans un seul cas, celui de l'amiante, on a tranché en faveur de la santé publique[10].

L'Accord général sur le commerce des services

L'Accord général sur le commerce des services (AGCS) de l'OMC est entré en vigueur en 1995 et s'applique à tous les membres de l'OMC. Il imprime un nouveau cours à la libéralisation du commerce international puisqu'il gouverne le commerce des services. On l'a qualifié d'« accord multilatéral exécutoire le plus complet qui soit sur le commerce et l'investissement dans les services » (White, 2001 : 1) [TRADUCTION]. Les services comprennent des activités aussi disparates que les soins de santé, l'éducation et le tourisme.

En vertu de l'AGCS, la *distribution* d'un bien (p. ex. l'approvisionnement en eau et en énergie) compte aussi pour un service (White, 2001). L'AGCS « s'applique sur une très grande échelle » et à « tous les modes possibles de prestation des services » [TRADUCTION] (Gottlieb et Pearson, 2001 : 8, 9). Ces modes sont la fourniture transfrontières, la consommation à l'étranger, la présence commerciale et le mouvement des personnes physiques.

Les organes de règlement des différends de l'OMC peuvent forcer l'application des règles de l'AGCS en vertu de la loi. L'AGCS s'appuie sur un cadre de règles générales (c.-à-d. le principe de la nation la plus favorisée et les engagements à la transparence) applicables à tous les services et de règles spécifiques (c.-à-d. le principe du traitement national et celui de l'accès aux marchés) applicables aux services énumérés par les pays dans leurs listes et les annexes sectorielles fixant les règles à suivre pour certains secteurs (Sanger, 2001).

L'AGCS « incarne une doctrine commerciale qui voit en de nombreuses mesures de santé des "barrières non tarifaires" au commerce des services de santé » [TRADUCTION] (Sanger, 2001 : 109). Il est vrai que l'AGCS s'applique à toute mesure gouvernementale (règlements, licences, normes, qualifications, lignes directrices, etc.) susceptible d'influer sur le commerce des services. Les mesures de l'AGCS s'appliquent également à tous les paliers d'administration (fédéral, provincial, municipal et régional). La promotion du commerce des services se fait par divers moyens qui ont d'importantes répercussions sur les femmes en particulier et sur la santé des collectivités en général[11]. Tous les pays membres ont l'obligation prépondérante (en vertu du paragraphe 1 de l'article XIX) « d'élever progressivement le niveau de libéralisation » pour qu'on puisse raisonnablement s'attendre à ce que le niveau des engagements spécifiques contractés par les pays, y compris le commerce des services, s'accroisse au lieu de diminuer. Réfléchissant aux pressions exercées sur les gouvernements dans le cadre des négociations de l'AGCS et à la nature contraignante des engagements, un expert international sur le genre et le commerce a déclaré ce qui suit :

> *L'AGCS, c'est comme fermer la porte d'une pièce pour en bloquer toutes les issues* [TRADUCTION] (interview, 2002).

Comme on l'a décrit, la réduction du financement fédéral a mis les soins de santé à rude épreuve. Dans certains cas, elle sert à justifier le recours au secteur privé pour offrir des services ou, en fait, rendre le climat politique plus « ouvert au commerce ». L'AGCS faciliterait ce processus. Comme l'ont souligné Koivusalo et Rowson (2000 : 185), « les possibilités de commerce des services pourraient très bien augmenter dans l'avenir parce que le souci de limiter les coûts de la santé à travers le monde amène les gouvernements à se retirer graduellement du secteur de la santé et ouvre de nouveaux débouchés au secteur privé » [TRADUCTION].

Une nouvelle ronde de négociations de l'AGCS est en cours depuis janvier 2000. Les membres déterminent quels secteurs de leurs services ouvrir aux fournisseurs étrangers et, en contrepartie, à quels secteurs ils souhaitent avoir accès à l'étranger. En juin 2002, les pays ont commencé à préciser dans leurs demandes les secteurs qu'ils espéraient voir ouvrir

dans d'autres pays. Les négociations portent sur tous les modes de commerce des services. En mars 2003, tous les pays devaient avoir présenté les listes des secteurs de services qu'ils acceptaient d'ouvrir.

Les membres ont la liberté d'inscrire ou non des services à leur liste d'engagements spécifiques[12] et de déterminer le degré d'ouverture de leurs marchés à ces services. Jusqu'à présent, 40 % des membres de l'OMC (plus de 50 pays) ont pris des engagements relativement aux services de santé (OMS et OMC, 2002).

Tableau 2 : Engagements des membres de l'OMC relativement aux services médicaux, hospitaliers et autres services sanitaires, et à l'assurance-maladie (3e trimestre de 2000)

Services médicaux et dentaires	Services de sages-femmes, services infirmiers, etc.	Services hospitaliers	Autres services de santé	Assurance-maladie (sous les services financiers)
52	28	42	15	78

Source : OMS et OMC (2002).

Le Canada a indiqué qu'il n'inscrirait pas de services de santé à ses listes de l'AGCS, bien que, comme nous l'illustrerons, le degré de protection des services de santé contre les règles d'accès aux marchés de l'AGCS soit discutable. Plus récemment, les fonctionnaires canadiens ont également précisé qu'ils ne demanderont pas à d'autres pays d'ouvrir leurs marchés des services de santé aux négociations de l'AGCS (entrevues avec des sources clés du MAECI et de Santé Canada, 2003).

Le système de classification de l'AGCS est important parce que les services composant le système canadien de soins de santé ne sont pas tous classés comme des « services de santé ». Par exemple, dans le cadre de ce système, les services hospitaliers, les établissements de soins de longue durée, les services d'ambulance, les programmes et laboratoires de santé publique, les diagnostics et la surveillance des mesures de protection de la santé entrent tous dans la catégorie des « services de santé et services sociaux ». Les soins à domicile et les services fournis par les médecins, les sages-femmes, les physiothérapeutes et les infirmières et infirmiers font tous partie de la sous-section des « services professionnels »[13]. Bien que le Canada n'ait pas pris d'engagements dans ces catégories, il y a inscrit l'assurance-maladie, classée dans les « services financiers ».

Selon l'engagement du Canada concernant l'assurance-maladie, l'accès au marché des régimes provinciaux d'assurance-maladie n'est aucunement restreint (Johnson, 2002) et, par conséquent, aucun règlement ne protège le système canadien de santé d'un certain nombre de pratiques susceptibles d'aller à l'encontre de ses buts et objectifs. Par exemple, certains analystes craignent que les sociétés étrangères ne s'opposent à une éventuelle volonté du Canada d'élargir son régime public d'assurance-maladie en alléguant que le Canada refuse l'accès de leurs assureurs privés à son marché. Un expert de la politique commerciale consulté dans le cadre de notre étude nous a déclaré ce qui suit :

> *L'une des conséquences évidentes de l'inscription de l'assurance-maladie à la liste de l'AGCS sera de permettre aux gouvernements des États-Unis et des pays européens de contester tout élargissement de notre régime public d'assurance-maladie sous prétexte que cela équivaut à interdire l'accès du marché à leurs assureurs privés, et le Canada pourrait être plongé dans un contentieux commercial* (interview, 2002).

Il y a des conséquences importantes à privatiser le financement de l'assurance-maladie. Par exemple, l'un des principes clés de l'assurance est la mise en commun des risques de façon à réduire au minimum la possibilité de paiements élevés. Autrement dit, tout le monde cotise, mais seulement quelques personnes toucheront des prestations. Cette formule encourage les fournisseurs à n'assurer que les riches et les moins « à risque », pratique qualifiée d'« écrémage ». Debra Lipson (2001 : 1139) précise que « selon les données recueillies dans les pays où les assureurs privés se disputent la clientèle, en dépit de puissants régimes réglementaires, la concurrence plus vive que s'y livrent les compagnies d'assurance-maladie segmente et déstabilise le marché et réduit la capacité de bâtir de plus vastes groupements des risques permettant de répartir les coûts entre les riches et les pauvres, les personnes en santé et les malades » [TRADUCTION], de même qu'entre les femmes et les hommes.

Le Canada a également pris dans les domaines de la gestion des données et du traitement de l'information de multiples engagements sur de nombreux aspects du système de soins de santé. Ces engagements pourraient miner la capacité du Canada de réglementer et d'assurer le respect de la vie privée des personnes qui utilisent le système de santé. L'AGCS ne prévoit qu'une très faible exception aux règlements de protection de la vie privée. Le respect de la vie privée est une question fondamentale pour les femmes, qui doivent pouvoir parler aux professionnelles et professionnels de la santé de la violence physique et sexuelle dont elles ont été victimes ainsi que de la contraception et de l'avortement.

On craint également que les engagements déjà pris par le Canada dans le cadre de l'AGCS et que les nouvelles obligations auxquelles il serait susceptible de consentir dans l'actuelle ronde de négociations ne minent sa marge de manoeuvre stratégique nationale. Cela pourrait avoir un effet « paralysant » sur la prise de décisions stratégiques en matière de réforme de la santé par les gouvernements parce qu'ils pourraient craindre de se voir infliger des sanctions commerciales pour d'éventuels manquements. Selon Marceline White (2001 : 2), « l'AGCS pourrait effectivement céder le pouvoir décisionnel local, étatique et fédéral aux groupes spéciaux du commerce de l'OMC » [TRADUCTION].

Les réponses féministes

Depuis l'ALE, les féministes canadiennes soulèvent des questions sur le caractère potentiellement nuisible des accords commerciaux pour les femmes (Cohen, 1987; Porter, 1987). Le Comité canadien d'action sur le statut de la femme a été l'un des premiers groupes d'Amérique du Nord à s'attaquer à la problématique des accords commerciaux et des femmes, mettant l'accent sur le travail, les dossiers environnementaux et les effets possibles

de la privatisation des services sociaux (Cohen et coll., 2002). Ce vaste mouvement reconnaissait l'impact profond qu'avait la restructuration économique sur la vie des femmes et comprenait que la lutte pour les services publics profiterait à toutes les Canadiennes et les aiderait dans leur combat pour l'égalité.

Au départ, la plupart des féministes canadiennes s'inquiétaient principalement de l'impact éventuel de l'ALE sur le travail des femmes (p. ex. Cohen, 1987; Porter, 1987). Après que le Canada, les États-Unis et le Mexique eurent signé l'ALENA en 1994 et que le Canada fut devenu un membre clé de l'OMC en 1995, de nombreuses autres féministes ont commencé à écrire au sujet des accords commerciaux ainsi qu'à formuler et à documenter des théories sur leurs différences d'impact sur les femmes et les hommes, s'attardant en particulier à leurs effets délétères sur les femmes (Bakker, 1996; Cohen, 1987; Cohen et coll., 2002; Pierson et Cohen, 1995). Des analystes ont affirmé, par exemple, que les accords comme l'ALENA sont « foncièrement anti-secteur public » parce qu'ils favorisent la privatisation des services publics et la restructuration des programmes publics en fonction de visées commerciales (Cohen 1995 : 97). Nous avons maintenant établi dans cette recherche que la restructuration économique a des effets différents selon le sexe et des impacts particuliers sur les femmes, que leur statut socioéconomique, leur race, leur appartenance ethnique, leur culture et leur capacité marginalisent encore plus.

Une vaste gamme d'écrits ont fait état des changements sociaux, environnementaux et économiques découlant de l'ALENA, en particulier au Mexique, où le nombre de sociétés étrangères est monté en flèche. L'ALENA, a-t-on constaté, a des effets différents sur les femmes (surtout en ce qui touche les normes du travail) et les travailleuses, en particulier les femmes concentrées dans les emplois faiblement rémunérés[14]. Les auteures et auteurs de ces écrits ont également documenté le traitement discriminatoire des femmes dans les usines par rapport au harcèlement sexuel et aux droits associés à la maternité (Nieves, 2002).

D'autres encore ont montré de quelle façon le fait d'avoir situé des usines dans des régions isolées a compromis la sécurité des femmes. Par exemple, 75 femmes travaillant dans les *maquiladoras* de la ville de Ciudad Juarez, au Mexique, ont été violées et assassinées depuis 1993, et de nombreuses autres sont portées disparues. La plupart des meurtres ont été commis dans les régions isolées où se trouvent les usines, et les gestionnaires d'usines des sociétés milliardaires appartenant à des intérêts américains ont été lents à répondre à la nécessité de mettre en place de meilleures mesures de sécurité pour les travailleuses (Nieves, 2002). La pollution et les déchets toxiques des sociétés appartenant à des intérêts américains ont d'importantes conséquences sur la santé des femmes et des enfants. Par exemple, l'abandon de la fonderie de plomb de Tijuana, qui appartient à la compagnie américaine Metales y Derivados, a fait monter la contamination par le plomb à des niveaux inacceptables, ce qui a causé de multiples problèmes de santé à la population locale et de graves anomalies congénitales chez les nouveau-nés (Sullivan, 2003).

D'autres études ont mis l'accent sur l'accélération de la mobilité transfrontières des travailleuses et ses répercussions sur leur accès aux soins de santé (p. ex. Boliz et coll., 1999). De plus, des études ont porté sur des articles précis de l'ALENA pour déterminer

jusqu'à quel point l'accord ouvre les services de santé du Canada à l'investissement étranger et leur fait courir le risque d'une privatisation accrue (Boliz et coll., 1999; Epps et Flood, 2003; Fuller, 1998).

Les chercheuses et les militantes féministes ont conclu que la mondialisation économique et les politiques économiques et sociales nationales qui en découlent effritent substantiellement les droits fondamentaux des femmes et leur droit à l'égalité. Malgré tout, on constate encore une résistance à tenir compte des facteurs d'égalité de genre dans le débat actuel sur la restructuration économique parce que l'égalité de genre est interprétée très étroitement et n'est associée qu'aux questions liées à l'avortement et à l'équité salariale (Brodie, 1995). De plus, la préoccupation actuelle en politique canadienne pour le déficit et la réduction de la taille du gouvernement a complètement marginalisé les enjeux féminins, qui nécessitent des dépenses ou l'intervention de l'État, deux mesures actuellement impopulaires (Brodie, 1995). La rhétorique au service des objectifs des sociétés et des entreprises individualise les grandes questions sociales et politiques. Dans ce climat, on idéalise la famille tout en pressant les femmes de reprendre leur rôle de pourvoyeuses de soins et de recommencer à vivre aux crochets des hommes (Mosher, 1998).

Malgré ce militantisme et cette critique constante, le secteur de la santé s'est peu intéressé aux questions liées à la mondialisation (Lee, 2003). Le mouvement pour la santé des Canadiennes a soigneusement documenté les effets de la privatisation sur le secteur des soins de santé et sur la santé des femmes, mais il commence à peine à s'intéresser aux conséquences des accords commerciaux pour les Canadiennes et leur santé.

L'analyse des accords commerciaux dans l'optique de l'égalité entre les sexes : analyse des incidences sociales et analyse comparative entre les sexes

Les analystes qui se préoccupent de la façon dont les accords commerciaux pourraient éroder le système public de soins de santé du Canada ont demandé des évaluations de l'impact de ces traités sur les soins de santé. Par exemple, selon Sanger (2001 : 113), le gouvernement canadien devrait faire une évaluation complète et systématique des effets sur la santé de nos engagements dans le cadre de l'AGCS.

Malgré ces demandes, aucune étude de cette nature n'a été faite sur une grande échelle, ce qui tient en partie au fait que la méthodologie requise pour ce genre d'études est sous-théorisée et sous-développée. De plus, dans le cas des accords commerciaux et du secteur des soins de santé, l'analyse, surtout en ce qui touche les accords plus récents (p. ex. l'AGCS), est de nature conjecturale. Nous pensons qu'il faut élaborer un cadre méthodologique et des outils précis pour évaluer l'impact des accords commerciaux sur des groupes de population. La tenue d'études systématiques et de grande envergure nous donnera une meilleure idée des effets de ces accords sur les femmes.

Analyse des incidences sociales

On a initialement créé l'analyse des incidences sociales (AIS) pour examiner la pauvreté et les effets sociaux de l'action publique dans le contexte du développement (Gittinger, 1985;

Timmer et coll., 1983). L'AIS peut être définie comme « l'analyse de l'impact distributionnel des réformes politiques sur le niveau de vie des différentes parties prenantes » (Banque mondiale, 2002). Depuis les travaux réalisés à la fin des années 1980 par Cornia et coll. (1987), l'AIS sert de plus en plus à analyser les coûts sociaux des ajustements structurels. À l'origine, l'AIS s'intéressait principalement aux mesures du revenu (Banque mondiale, 2002), mais elle a récemment commencé à tenir compte de mesures importantes d'autres éléments que le revenu (p. ex. le contrôle des ressources) (PNUD, 2003). Le paradigme du développement humain dont font état les travaux de Sen (1999) a joué un rôle crucial dans ce nouveau cadre. Les féministes ont cependant reproché à l'AIS de ne pas avoir suffisamment fait du genre une catégorie d'analyse plus importante dans son examen des coûts sociaux et de ne pas avoir examiné « les relations sociales entre les pays et au sein des nations (classe, sexe, race, etc.), qui forment le contexte des politiques commerciales » [TRADUCTION] (Cagatay, 2001 : 5).

Si l'AIS était modifiée pour inclure le genre, elle pourrait se révéler un moyen utile d'analyser les politiques commerciales, et ce, pour un certain nombre de raisons. Peut-être serait-elle en mesure de trouver un juste milieu entre l'importance de l'efficacité et de la croissance, d'une part, et les facteurs liés au bien-être, à la justice sociale et à la pérennité de l'environnement, d'autre part. Comme l'AIS privilégie également l'utilisation de méthodes mixtes, elle fait jouer les avantages des méthodes qualitatives et quantitatives pour analyser plus à fond la relation entre les accords commerciaux et la santé. Dans le contexte de la santé, elle mène à l'examen de l'influence exercée par la politique commerciale sur les valeurs fondamentales de l'équité, de la justice et de la solidarité, pierres d'assise du système canadien de soins de santé (Romanow, 2002). Elle nous éclaire également sur les effets distributionnels des changements d'orientation sur divers groupes de population, eux-mêmes considérés dans la perspective du genre (p. ex. catégorisés selon le revenu, l'origine ethnique, l'âge et le lieu géographique). Cette analyse tient compte non seulement de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé, mais également des effets sur les déterminants politiques, économiques et sociaux de la santé et de la maladie. Peu d'études portent sur l'impact de la réduction des barrières tarifaires sur l'équité, l'efficacité, l'accès et la qualité en matière de santé (Lipson, 2001). Ce genre d'information est essentiel aux gouvernements s'ils veulent mieux savoir comment atténuer les effets nuisibles du commerce.

Analyse comparative entre les sexes

À l'échelle internationale, on exige de plus en plus l'intégration systématique des considérations liées à l'égalité entre les sexes à l'ensemble des accords commerciaux et de soumettre ceux-ci à des analyses comparatives entre les sexes (Cagatay, 2001; Marchand et Runyan, 2000; White, 2002a). Un certain nombre d'organisations et de spécialistes du genre ont commencé à concevoir des outils spécifiques pour évaluer l'impact des accords commerciaux sur les femmes (p. ex. O'Regan-Tardu, 1999; White, 2002a; Allaert et Forman, 1999). Toutes les approches et les stratégies employées jusqu'à maintenant intègrent très différemment aux politiques commerciales les enjeux liés à l'égalité hommes-femmes. Les stratégies consistent entre autres à assurer l'accès et la représentation des femmes (notamment par l'inclusion de représentantes d'organisations non gouvernementales (ONG) dans les délégations commerciales et par l'intégration des considérations liées à l'égalité entre les sexes), à adopter des clauses sociales intégrant le genre aux mécanismes d'examen tels que

les évaluations des politiques commerciales, et à renforcer les capacités à long terme par la mise sur pied d'initiatives d'alphabétisation.

Bien que le Canada fasse partie d'organisations commerciales multilatérales telles que l'Organisation de coopération économique Asie-Pacifique (APEC) et la ZLEA (ni l'une ni l'autre n'étant un traité commercial à proprement parler), qui ont commencé à intégrer le genre (p. ex. le Cadre d'intégration des femmes dans l'APEC), ces initiatives ne visaient pas à critiquer la mondialisation de l'économie, mais plutôt à favoriser les intérêts et les débouchés économiques des femmes par la libéralisation des échanges commerciaux. De fait, les approches à l'égard de l'analyse comparative entre les sexes se distinguent par leurs différences idéologiques (Hassanali, 2000 : 24) et, à ce jour, aucun modèle de pratiques exemplaires n'a émergé. Le débat se situe entre deux pôles puisqu'on se demande si les femmes devraient travailler en collaboration avec les organisations commerciales (c.-à-d. si l'efficacité et la croissance par le commerce sont, comme le veut la croyance, complémentaires à la justice sociale) ou si elles devraient s'en garder, étant donné, croit-on, que les valeurs des accords commerciaux, axées sur les forces du marché, sont incompatibles avec celles du secteur public. Ce qui est clair, toutefois, c'est que ni la politique commerciale ni la stratégie de négociations commerciales du Canada ne rendent systématiquement compte d'une conscience des effets du commerce liés au genre sur les femmes (Blacklock, 2000 : 20). En particulier, l'absence de groupes de femmes et de porte-parole des femmes dans les processus d'élaboration des politiques commerciales est un obstacle majeur à l'intégration d'une perspective tenant compte du genre à la politique commerciale officielle.

Nous croyons toutefois que le recours à l'AIS peut aider à évaluer et à interpréter les effets des accords commerciaux sur les femmes et le secteur public. Les analyses comparatives entre les sexes sont d'autant plus difficiles à réaliser qu'il faut départager les effets du commerce des effets attribuables à des facteurs sociaux et économiques préalables et, dans le cas de l'analyse du commerce des services, que la plupart des accords sont en cours de négociation et qu'on n'en voit pas encore pleinement les effets. Malgré ces limites, des cadres d'AIS peuvent être utiles à ce moment-ci pour déterminer les accords commerciaux les plus pertinents pour les femmes et la santé, et pour recueillir des renseignements préliminaires concernant leurs effets possibles sur les femmes.

Nous inspirant du travail d'autres chercheuses et chercheurs ayant conçu des cadres d'AIS (p. ex. White, 2001), nous avons posé les questions suivantes sur chacun des accords commerciaux analysés dans le contexte des soins à domicile :

- Quels sont les aspects de l'accord commercial ayant trait à la santé? Lesquels touchent spécifiquement le secteur des soins à domicile?

- Quels sont les aspects de la mise en oeuvre ou de l'application de l'accord commercial qui ont trait au genre et qui concernent le secteur des soins à domicile?

- Quels pourraient en être les effets sur la santé et le travail des femmes dans le secteur des soins à domicile et sur l'égalité des femmes?

Dans le prochain chapitre, nous utilisons ces questions pour analyser l'interface entre les soins à domicile et le commerce. Les accords commerciaux internationaux ont un impact sur la prestation des soins à domicile, surtout en raison de leur capacité actuelle et potentielle d'ouvrir le financement ou la prestation des soins à domicile à la privatisation en permettant à des sociétés canadiennes et étrangères motivées par le profit d'assurer ces services. Les accords commerciaux sont aussi pertinents en regard de la prestation de services transfrontières et du degré de mobilité transfrontières des services et des professionnels.

4. L'INTERFACE ENTRE LES SOINS À DOMICILE ET LE COMMERCE

Nous prenons dans le présent chapitre le cas des soins à domicile pour expliquer les conséquences de l'ALENA et de l'AGCS sur la future réforme des politiques au sein de notre système de santé. Nous décrivons brièvement les modèles de soins à domicile de la Colombie-Britannique et de l'Ontario et les détaillons[15] en vue d'appliquer une analyse comparative selon le genre à l'ALENA et à l'AGCS. Ces deux provinces ont été choisies parce que chacune utilise un modèle distinct de soins à domicile. Chacune a également défini à sa façon les soins à domicile. Le modèle de l'Ontario se fonde sur une gestion contractuelle de la concurrence et est coordonné par les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC). La Colombie-Britannique, quant à elle, s'est départie de la responsabilité d'offrir des soins à domicile et utilise un modèle régional dans le cadre duquel les autorités sanitaires coordonnent tous les services de soins à domicile. Si l'Ontario a adopté un modèle favorisant explicitement la prestation à but lucratif des soins à domicile, les deux provinces ont fait des choix stratégiques qui ont réduit les services et programmes de soins à domicile financés par les fonds publics. Malgré des différences entre les provinces, il y a des similitudes entre les effets que les soins à domicile subissent déjà et ceux qu'ils pourraient subir si l'on entreprenait une réforme dans ce secteur sans clairement comprendre les dispositions de l'ALENA et de l'AGCS.

Les soins à domicile en Ontario

Au cours de la dernière décennie, sur fond de compressions dans les programmes et services publics, les soins à domicile ont profondément changé en Ontario. Cette province, comme toutes les autres, est passée de services essentiellement hospitaliers à des services de soins de longue durée et à des services offerts en milieu communautaire et à domicile. Dans cette province, les services de soins à domicile se divisent en deux grandes catégories : les services à domicile et les services dans la collectivité. Les services à domicile désignent normalement les services de soutien personnel et professionnel et les services d'auxiliaires familiales et familiaux, par exemple le transport, la livraison de repas à domicile, les programmes de soins de jour pour adultes et les services d'entretien de la maison.

Les soins à domicile sont principalement réglementés par la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée*. De plus, la *Loi sur l'assurance-santé* détermine l'admissibilité aux services professionnels. Essentiellement, ce n'est pas tant la *Loi sur les soins de longue durée* qu'un regroupement d'accords de services et de règlements adoptés par le Conseil des ministres qui régit directement les soins à domicile dans la province. Les règlements, par exemple, définissent à la fois l'admissibilité aux services d'auxiliaires familiales et familiaux et le nombre maximal d'heures de services de soins infirmiers, d'aide dispensée par des auxiliaires familiales et familiaux et de soutien personnel (Ontario, 1994). Une personne est admissible à des services d'auxiliaires familiales et familiaux :

- si elle nécessite des services de soutien personnel en plus de services d'auxiliaires familiales et familiaux;

- si elle reçoit des services de soutien personnel et des services d'auxiliaires familiales et familiaux d'une personne soignante qui a besoin d'aide pour continuer à lui procurer les soins dont elle a besoin;
- si elle nécessite une surveillance constante en raison d'une déficience cognitive ou d'une lésion cérébrale et si la personne qui lui donne des soins a besoin d'aide pour lui fournir des services d'auxiliaires familiales et familiaux (Ontario, 1994).

Aucun des services dispensés par les CASC n'est assorti de frais modérateurs. Le libellé original de la Loi prévoyait un niveau maximal de service pour la clientèle, par exemple, quatre visites d'infirmières ou d'infirmiers par jour. On ne pouvait pas non plus aller au-delà de 80 heures de services d'auxiliaires familiales et familiaux et de services de soutien personnel le premier mois, et de 60 heures par la suite. À l'heure actuelle, les services sont offerts après évaluation des besoins. Le gouvernement paye en partie les produits pharmaceutiques. La clientèle des soins à domicile qui ne reçoit *que* des services professionnels bénéficie d'une aide financière, et le régime d'assurance-médicaments de l'Ontario lui rembourse *certains* médicaments. Ainsi, la clientèle des services de soins à domicile qui ne reçoit *que* des services d'auxiliaires familiales et familiaux n'est pas couverte par l'assurance-médicaments. Un certain nombre de services de soins communautaires peuvent aussi lui être offerts, mais ils ne sont pas financés par les fonds publics. De plus, les bénévoles donnent 2,5 millions d'heures de service par année aux organismes de soutien à domicile et dans la collectivité (AOSC, 2000b).

En Ontario, la prestation des services de soins à domicile se fait par l'entremise d'un système de gestion de la concurrence implanté au début de 1996. Le système actuel fait appel à des fournisseurs à but lucratif et sans but lucratif réglementés par des organismes financés par le gouvernement. Le gouvernement finance la prestation de services personnels et professionnels à domicile, tandis que les bénéficiaires doivent débourser des frais modérateurs pour obtenir certains services de soutien communautaires.

Portes d'entrée des services de soins de longue durée, les CASC sont des intervenants de premier plan dans ce système. Annoncés par le ministère de la Santé en 1996, ils ont vu le jour partout dans la province en 1998. Les CASC ont regroupé 38 programmes de soins à domicile et 36 services de coordination des placements. Avant 1998, le gouvernement achetait les services de soins à domicile, surtout des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, du St. Elizabeth Health Centre, de la Croix-Rouge et de la Visiting Homemakers Association, tous des organismes privés sans but lucratif (Armstrong et Armstrong, 2001). À leur création, les CASC étaient dirigés par des conseils d'administration dont on a fini par élire les membres et qui devaient représenter tous les intervenants et intervenantes clés des soins à domicile, au nombre desquels figurent les bénéficiaires et les prestataires de soins, de même que d'autres pourvoyeuses et pourvoyeurs et champions et championnes des services de soins de santé et des services sociaux.

Aujourd'hui, 43 CASC servent plus de 400 000 personnes par année (ministère de la Santé, 2001). Les centres ont de multiples responsabilités : fournir de l'information générale, évaluer la clientèle et l'aiguiller vers les services de soins de longue durée, gérer les cas, évaluer et surveiller l'ensemble des services. Conformément aux lignes directrices du ministère, les CASC déterminent l'admissibilité aux services, à partir de critères comme la résidence en

Ontario et le fait d'être assuré en vertu du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario, les besoins qui ne peuvent être comblés à titre de patiente ou de patient externe d'un hôpital ou dans le cadre du programme des services de CASC, le caractère approprié du milieu domiciliaire ainsi que la volonté et la capacité de la famille et d'autres personnes de fournir les soins (ministère de la Santé, 2001).

Avec les fonds publics et conformément aux lignes directrices et politiques relatives aux demandes de propositions, les CASC doivent également acheter et sous-traiter des services et s'approvisionner en fournitures médicales et en équipement médical auprès des fournisseurs disponibles pour tout montant supérieur à 100 000 $. Il s'agit là d'un exemple majeur de financement par les fonds publics de services privés dans le système ontarien de soins de santé. Les CASC sous-traitent les services suivants : services professionnels (ex. : soins infirmiers, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, soins palliatifs, services diététiques, travail social), services de soutien personnel (ex. : donner des bains, habiller les bénéficiaires, préparer des repas, faire manger les bénéficiaires), services d'auxiliaires familiales et familiaux, autres services sociaux (ex. : nettoyage et lavage, transport aller-retour pour des rendez-vous chez le médecin, matériel servant à la prestation de soins de santé). Ils s'assurent ensuite que les personnes ayant besoin de soins à domicile ont accès à ces services.

Des organismes à but lucratif et sans but lucratif participent aux appels d'offres. En fait, les organismes sans but lucratif précédents ont été incapables de conserver tous les contrats. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a déclaré que les décisions se fondent davantage sur la qualité que sur les prix (ratio de 80/20) (OHC, 2001b : 3). En mars 1999, toutefois, l'Ontario Home Health Providers' Association faisait remarquer qu'« à présent, rien dans le document [d'appel d'offres] ne précise la façon dont chaque fournisseur s'y est pris pour établir sa structure prix-qualité pour la prestation des services » [TRADUCTION]. De plus, le processus de demande de propositions est extrêmement chronovore, puisque les coûts de préparation varient entre 10 000 $ et 20 000 $ (Browne, 2000 : 103). Il réduit considérablement la faculté des organismes sans but lucratif de disputer les contrats offerts. Il importe de noter qu'en vertu de ce système, même les entreprises étrangères à but lucratif sont admissibles aux concours (ministère de la Santé, 1996 : 3-4). Armstrong et Armstrong (2001 : 181) soutiennent qu'il serait même possible avec un tel modèle de « confier pratiquement tous les services de soins à domicile à une seule entreprise étrangère » [TRADUCTION].

De plus, en raison de la présence croissante de ces entreprises, un grand nombre d'infirmières et d'infirmiers autorisés (IA) et d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) sont passés des organismes sans but lucratif aux organisations à but lucratif. Par exemple, le nombre d'infirmières et d'infirmiers autorisés est passé de 2 933 735 en 1995 à 2 552 400 en 2000 dans les organismes sans but lucratif. Pendant la même période, il est passé de 360 898 à 1 709 188 dans les entreprises à but lucratif (White, 2002c). On signale en effet qu'un nombre croissant de sociétés à but lucratif américaines offrant des soins de santé répondent aux demandes de propositions pour la prestation de services de soins à domicile en Ontario.

Dans l'ensemble, le système se fonde sur un modèle concurrentiel et il a pour but d'assurer souplesse, choix et rentabilité (Williams et coll., 1999). L'objectif du gouvernement à cet égard est d'offrir les meilleurs services au meilleur prix. Le gouvernement de l'Ontario a publiquement déclaré qu'il avait pour priorité de veiller à ce que la population ontarienne reçoive des services de soins à domicile de qualité. Pendant l'exercice 2000-2001, le gouvernement a consacré 1,14 milliard de dollars aux services de soins à domicile et il a dispensé des soins à quelque 500 000 personnes (White, 2002c). Malgré cette intention déclarée, le gouvernement provincial a annoncé en 2001-2002 un gel du financement qui retranche des millions de dollars aux budgets des CASC, laissant, dit-on, ceux-ci à court de 175 millions de dollars pour répondre à la demande (OHC, 2001c). Il s'ensuit qu'à travers la province, un éventail de services ont été supprimés ou réduits, y compris les services d'auxiliaires familiales et familiaux et les services de soutien personnel. Selon l'Ontario Association of Community Care Access Centres (OACCAC), les données du Ministère révèlent que 11 255 personnes attendaient de recevoir des services dans la province au 31 mars 1999 (OHC, 2001b).

De plus, le gouvernement a adopté le projet de loi 130 (*Loi de 2001 sur les sociétés d'accès aux soins communautaires*) pour assurer l'application de normes de service, y compris pour la formation et l'évaluation de la clientèle à travers la province. En application de cette loi, de nombreux changements ont été apportés aux CASC. Il s'agit maintenant de sociétés constituées en vertu d'une loi. La composition communautaire des CASC a été éliminée, et des administratrices et administrateurs nommés par le gouvernement provincial ont remplacé les conseils élus. Il n'y a pas d'exigences particulières pour siéger à ces conseils nouvellement désignés. De plus, le gouvernement a créé des conseils consultatifs communautaires, mais ceux-ci ne font appel, pour la coordination des services, qu'à des partenaires tels que les hôpitaux, les organismes de services communautaires et les établissements de longue durée. Le public n'a accès qu'aux rapports annuels des CASC. D'autres renseignements (p. ex. sur les destinataires des fonds gouvernementaux et la façon dont ceux-ci sont dépensés) ne sont divulgués que si on l'estime « nécessaire dans l'intérêt public ». Les CASC sont exempts des mesures législatives sur l'accès à l'information, une bonne part de l'information étant considérée comme nécessairement secrète pour protéger le processus d'appel d'offres.

Les soins à domicile en Colombie-Britannique

Dès 1991, la Commission Seaton de Colombie-Britannique proposait une restructuration des soins de santé sous le thème « plus près de chez soi ». Les soins aux malades ont été transférés des établissements à la communauté, y compris au domicile. En Colombie-Britannique, les soins de santé désignent les soins de courte ou de longue durée que l'on donne à domicile aux personnes âgées ou handicapées et à leur famille. Les soins de courte durée sont offerts aux personnes malades, blessées ou ayant subi une chirurgie. Les soins de longue durée peuvent inclure ceux qui s'adressent aux personnes aux prises avec une maladie ou une incapacité chronique et les soins destinés aux personnes qui ont besoin de l'aide d'autrui pour vaquer à leurs activités de la vie quotidienne. La Colombie-Britannique offre également un programme exhaustif de soins palliatifs à domicile.

Deux importantes mesures législatives balisent la réglementation du système des soins à domicile en Colombie-Britannique. Le *Continuing Care Act* régit les soins en établissement et les soins à domicile. Cette loi oblige les autorités sanitaires à conclure une entente permettant au fournisseur de services de recevoir de l'autorité sanitaire du financement pour assurer la prestation de services de soins continus désignés. Cette entente décrit les responsabilités globales respectives de l'autorité sanitaire et du pourvoyeur de services quant aux services de soins continus désignés et précise les modalités de versement des fonds par l'autorité sanitaire (Colombie-Britannique, 2000). On entend par soins continus les soins de longue durée, les soins infirmiers à domicile et les programmes de réadaptation communautaires. Conjugués, ces programmes intègrent les services sociaux et médicaux pouvant être offerts à l'ensemble de la clientèle admissible. L'*Employment Standards Act* fixe les normes salariales et conditions de travail minimales pour la plupart des travailleuses et travailleurs de la Colombie-Britannique.

Le ministère de la Santé accorde un financement pour la santé aux cinq autorités sanitaires. Celles-ci ont le mandat d'évaluer les besoins et les ressources communautaires, de planifier et d'administrer les soins de courte durée, les établissements de soins spéciaux pour bénéficiaires internes et les services et ressources en santé communautaire, d'établir les priorités et de répartir les ressources sur leur territoire, ainsi que de fixer des normes et d'assurer le respect des normes de santé et des lois provinciales. Les autorités sanitaires se chargent en retour de financer leurs programmes de soins continus, à qui il incombe d'assurer la prestation proprement dite des soins à domicile.

La régionalisation a été amorcée en 1996-1997 avec l'initiative *Better Teamwork Better Care*. En 1997, par exemple, la province comptait 11 conseils régionaux de santé, 34 conseils de santé communautaire et 7 sociétés de services de santé communautaire, appelées « autorités sanitaires ». Il leur incombait de planifier les programmes de santé, d'élaborer les politiques et de dispenser les services. En décembre 2001, de nouveaux changements structurels ont été apportés. À l'heure actuelle, la Colombie-Britannique compte 5 autorités sanitaires régionales, 15 zones de prestation de services de santé et 1 autorité provinciale de services de santé.

Les services suivants sont offerts par l'entremise des autorités sanitaires et fournis par les programmes de soins continus de la Colombie-Britannique :

- **Évaluation et gestion des cas :** admission et sélection, évaluation initiale, planification de programmes, autorisation de prestation de services, surveillance, suivi de l'évaluation et réévaluation.

- **Soins communautaires à domicile :** soins infirmiers communautaires à domicile (soins complets disponibles sept jours sur sept, jusqu'à 24 heures sur 24) et services de réadaptation communautaires (consultation, ergothérapie et psychothérapie).

- **Services de soutien à domicile :** répit fourni au besoin aux prestataires de soins membres de la famille, services d'aide à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne et programmes de repas.

Selon le ministère des Services de santé, les services de soutien à domicile visent à :

- aider les clientes et clients à vivre dans leur maison tant que c'est possible et dans leur intérêt et celui de leur famille;
- compléter, sans les remplacer, les soins fournis par les familles, les autres prestataires de soins rémunérés et les communautés;
- promouvoir l'autonomie et le bien-être de la clientèle, des familles et des autres prestataires de soins non rémunérés;
- donner du répit au membre de la famille ou aux autres prestataires de soins non rémunérés qui ont l'habitude de prendre soin de la personne chez elle.

Les services de soutien à domicile sont une composante des services communautaires et varient d'une autorité sanitaire à l'autre. Les autorités sanitaires sont censées travailler de concert avec les intervenantes et intervenants communautaires ainsi qu'avec la clientèle, les prestataires de soins et leurs organisations de défense à planifier, élaborer, fournir et coordonner les services de soutien communautaires. Il peut s'agir de programmes d'achat d'aliments et de travaux d'entretien de la maison, de bénévoles d'hospice et de chauffeuses et chauffeurs, ainsi que de visiteuses et visiteurs bénévoles (Colombie-Britannique, 2000).

Les autorités sanitaires se chargent de l'évaluation et de la gestion des cas. En général, les services de soins à domicile financés par l'État peuvent être dispensés par des organismes publics tels que les autorités sanitaires régionales, des organismes de bienfaisance ou des entreprises à but lucratif (Pollak, 2000). On s'attend à ce que les autorités sanitaires rendent des comptes au ministère des Services de santé, lequel décide des politiques et des lignes directrices auxquelles assujettir les services de ce genre, que leur prestation soit assurée par des organisations à but lucratif ou par des organisations sans but lucratif.

Les gestionnaires de cas à l'emploi des programmes de soins continus évaluent, coordonnent et gèrent les cas. La Colombie-Britannique catégorise cependant la clientèle selon le besoin de soins à domicile ou de soutien à domicile. Les personnes de 19 ans ou plus ont droit à du soutien à domicile, tandis que les personnes de tous âges sont admissibles à des soins infirmiers communautaires à domicile. Ces soins comprennent également les soins de courte durée et les soins palliatifs, en plus de tout soin nécessaire aux malades chroniques. Certains services de soins communautaires et de soins continus, comme les soins infirmiers à domicile et les services infirmiers préventifs (considérés comme des services médicaux), sont gratuits, alors que de nombreux autres services, comme le soutien à domicile, sont assujettis à des frais modérateurs ou à de rigoureux critères d'admissibilité.

Les critères d'admissibilité aux services disponibles varient d'un cas à l'autre. Pour le soutien à domicile, l'admissibilité dépend de l'âge ainsi que de l'état de santé (maladie chronique depuis au moins trois mois), des services requis, du statut à l'égard de la résidence (un an pour les soins personnels/intermédiaires, trois mois pour les soins prolongés) et de la citoyenneté. Par exemple, il faut avoir la citoyenneté canadienne ou le statut d'immigrante ou d'immigrant ayant reçu le droit d'établissement et vivre en Colombie-Britannique depuis au moins 12 mois consécutifs pour faire une demande de soins personnels ou intermédiaires et depuis deux mois

de plus pour faire une demande de soins prolongés. L'évaluation des besoins se fait à différents niveaux – soins personnels (dits *SP*), soins intermédiaires (dits *IC* 1, 2 et 3) et soins prolongés (dits *EC*) – et tient compte des soins et services requis.

Des services d'assistance personnelle et d'entretien ménager sont fournis au besoin. L'assistance personnelle comprend des tâches pouvant être exécutées par une ou un aide à domicile, qui aide une cliente ou un client à s'occuper de ses soins personnels ou à vaquer à ses activités de la vie quotidienne. Elle comprend aussi des tâches infirmières et de réadaptation bien précises, comme la mobilisation, la nutrition, les levers et transferts, les bains et la toilette personnelle. Les services d'entretien ménager couvrent les tâches minimales requises pour assurer la sécurité et l'habitabilité des lieux de la cliente ou du client, ce qui comprend le ménage, la lessive et la préparation des repas ainsi que, rarement, le transport ou les courses. Les travaux d'entretien de la maison ne sont pas compris dans l'entretien ménager.

L'autorisation de prestation des services se fonde sur une évaluation de l'état de santé et de l'état fonctionnel de la clientèle, ainsi que de la disponibilité de la famille et d'autres services de soutien communautaires. En 1999, les autorités sanitaires locales avaient éliminé pour ainsi dire tous les soins à la clientèle dont les besoins avaient été jugés moins sérieux, comme l'aide pour la cuisine, le ménage, la lessive et les courses et pour se rendre à des rendez-vous chez le médecin (Vogel et coll., 2000 : 32). Ainsi, les services de soutien à domicile sont ordinairement dispensés à une clientèle également admissible à des soins infirmiers communautaires à domicile. Certaines clientes et certains clients continuent cependant à recevoir des services de bain à domicile. Comme l'ont fait remarquer Vogel et coll. (2000 : 31) : « Le droit à des soins publics à domicile est maintenant fondé sur une notion étroite de risque médical (habituellement l'hospitalisation) plutôt que sur un critère bien équilibré de prévention de la maladie et de bonne hygiène » [TRADUCTION].

La Colombie-Britannique utilise en outre un système d'aide fondée sur le revenu. Les bénéficiaires de soins admissibles doivent payer un « tarif client » afin d'obtenir des soins à domicile. On calcule ce tarif en multipliant le revenu de la cliente ou du client (défini dans le règlement du *Continuing Care Act*) par 0,00138889. Dans la pratique, le paiement se calcule plus souvent à partir d'une échelle mobile. Les frais modérateurs s'appliquent aux services de soutien à domicile et sont fondés sur une évaluation du revenu. À l'heure actuelle, environ 30 % des bénéficiaires de soins acquittent des frais modérateurs pour obtenir ces services.

Au cours de l'exercice 2002-2003, le ministère des Services de santé a consacré 508 millions de dollars aux soins communautaires et 1,153 milliard de dollars aux soins en établissement. En 2000-2001, des soins étaient dispensés à une clientèle d'environ 118 310 personnes : 35 450 recevaient des soins en établissement et 82 869, des services de soutien communautaire (communication personnelle de Joudin, 2002).

Le 3 juin 2002, le ministère des Services de santé a mis en oeuvre une nouvelle politique élargissant à certains types de membres de la famille les critères d'admissibilité à une aide

financière pour les prestataires de soins. Auparavant, le gouvernement provincial ne versait pas de rémunération aux personnes ayant des liens familiaux avec les malades dont elles prenaient soin.

Selon le gouvernement de la Colombie-Britannique, ce changement d'orientation vise à multiplier les options qui s'offrent aux bénéficiaires de soins appelés à choisir une personne pour les soigner et a pour effet de mieux harmoniser les programmes gouvernementaux. Pour assurer la prestation de soins de qualité acceptable, on oblige le membre de la famille à se conformer à des normes et à des exigences établies et l'on s'efforce de sensibiliser toutes les parties aux risques associés à la rémunération d'un membre de la famille pour la prestation de services de soins. L'autorité sanitaire se charge de ces aspects du programme.

Les membres de la famille n'ont pas tous droit à une rémunération. Si la personne apparentée à la ou au bénéficiaire de soins habite avec cette personne ou si elle en est le parent, l'enfant, le conjoint ou la conjointe (indépendamment du mode de vie), aucune rémunération ne peut lui être versée. On peut déroger quelque peu à ces restrictions, compte tenu de facteurs et de circonstances susceptibles de limiter le choix d'une ou d'un prestataire de soins. Des exceptions peuvent être faites si la personne vit en milieu rural, a des problèmes de comportement et se heurte à des obstacles culturels et linguistiques.

Un rapport du gouvernement de la Colombie-Britannique (2002) intitulé *Public Funds, Family Commitment: A Review of Government Policy Concerning Public Compensation to Family Caregivers in British Columbia* décrit certains facteurs importants à considérer par rapport à la rémunération des prestataires de soins membres de la famille. On y explique qu'il est avantageux d'élargir le nombre d'éventuels prestataires de soins en Colombie-Britannique et d'avoir des prestataires ayant un lien affectif avec la personne soignée. Le rapport signale également des inconvénients : le détournement possible de fonds destinés à la personne ayant besoin de soins, l'intérêt qu'a une famille de garder à sa charge la personne soignée, la vulnérabilité aux abus et la difficulté de former des prestataires de soins qui font partie de la famille. On fait aussi remarquer que l'ignorance quant à la viabilité du programme pourrait également drainer des fonds.

Malgré la rémunération offerte à un nombre limité de prestataires de soins membres de la famille, tout indique que l'on prévoit réduire encore davantage les services de soins à domicile dans le cadre d'une politique générale de repli en vigueur en Colombie-Britannique. Certains virages fondamentaux observés dans le secteur hospitalier pourraient se produire un jour dans celui des soins à domicile. Par exemple, on privatise rapidement les services de personnel de soutien dans les hôpitaux à mesure que les hôpitaux de la Colombie-Britannique recourent à la sous-traitance, ce qui, est-on en voie de prouver, a des effets négatifs sur les femmes (Cohen, 2001).

Le tableau 3 compare les programmes de soins à domicile de l'Ontario et de la Colombie-Britannique.

Tableau 3 : Comparaison des programmes de soins à domicile de l'Ontario et de la Colombie-Britannique

	Ontario	Colombie-Britannique
Lois	*Loi de 1994 sur les soins de longue durée* (projet de loi 173) *Loi de 1993 modifiant des lois en ce qui concerne les soins de longue durée* (projet de loi 101)	*Continuing Care Act*
Lois pertinentes	*Loi sur l'assurance-santé* *Loi de 2001 sur les sociétés d'accès aux soins communautaires* *Loi sur les services d'aides familiales et d'infirmières visiteuses* *Loi sur le régime de médicaments gratuits de l'Ontario* *Loi de 1995 sur le consentement aux soins de santé*	*Employment Standards Act*
Modèle de prestation de services	Entrée unique Gestion contractuelle de la concurrence	Entrée unique
Fournisseurs de services	Combinaison de fournisseurs à but lucratif et sans but lucratif	Services fournis à l'interne dans le cadre de programmes de soins continus. Combinaison de fournisseurs à but lucratif et sans but lucratif.
Évaluation	Aucune évaluation normalisée	Formulaire d'évaluation des soins de longue durée 1 (LTC1)
Répartition selon le niveau de soins	Aucune répartition selon le niveau de soins	Soins personnels; soins intermédiaires 1, 2 et 3; soins prolongés
Coût du service	Aucun	Fondé sur le revenu
Soins au prestataire de soins	Soins de répit	Soins de répit

Le tableau 4 présente un aperçu de ce qu'on sait de la main-d'oeuvre des soins à domicile de l'Ontario et de la Colombie-Britannique. Bien qu'il y ait des ventilations selon le sexe, aucune information sur la race ou l'origine ethnique n'a été trouvée.

Tableau 4 : Main-d'oeuvre des soins formels à domicile, Ontario et Colombie-Britannique

Nombre de travailleuses et de travailleurs des soins à domicile	Tâches	Salaires et traitements	Avantages et appartenance à un syndicat	Sexe
Ontario				
Environ 43 000 personnes travaillent dans le secteur des services de soins à domicile. L'Ontario Home Health Care Providers' Association en supervise environ 30 000. L'Association ontarienne de soutien communautaire en supervise environ 13 000.	Les infirmières et infirmiers autorisés (IA) fournissent des services de santé directs. Les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) dispensent des soins supplémentaires sous la supervision de médecins et d'IA. Les préposées et préposés aux services de soutien à domicile (PSSD) offrent chez les malades des services complémentaires qui favorisent leur autonomie. Les soins personnels constituent l'essentiel des tâches, qui peuvent cependant s'étendre aux tâches ménagères.	Les IA qui dispensent des soins à domicile gagnent environ 20,00 $ l'heure. Les IAA qui dispensent des soins à domicile gagnent environ 13,50 $ l'heure. Les PSSD qui dispensent des soins à domicile gagnent environ 10,60 $ l'heure.	La main-d'oeuvre syndiquée des soins à domicile peut bénéficier d'avantages négociés avec les employeurs du secteur privé et les CASC de l'Ontario. Les avantages peuvent comprendre des régimes de soins dentaires et oculaires, la semaine de travail réduite, de meilleurs horaires et des vacances. Il peut s'agir de travailleuses et de travailleurs autonomes.	99 % des prestataires de soins à domicile sont des femmes.
Colombie-Britannique				
Environ 882 IA fournissent des services sociaux, y compris des soins à domicile. Environ 528 IAA fournissent des services sociaux, y compris des soins à domicile. Environ 11 925 auxiliaires familiales et familiaux, aides domestiques et aides à domicile travaillent pour des services de santé.	Les IA fournissent des services de santé directs. Les IAA dispensent des services de santé complémentaires. Des auxiliaires familiales et familiaux, des aides domestiques, des aides à domicile et des travailleuses et travailleurs membres de la famille offrent au domicile des malades des services complémentaires. Leurs responsabilités peuvent comprendre le ménage, les courses et les soins personnels.	Les IA gagnent en moyenne 34 000 $ par année ou entre 21 $ et 30 $ l'heure, selon leur expérience et leur appartenance à un syndicat. Les IAA gagnent en moyenne 26 100 $ par année ou entre 18,35 $ et 19,03 $ l'heure, selon leur expérience et leur appartenance à un syndicat. Les auxiliaires familiales et familiaux, les aides domestiques et les aides à domicile gagnent en moyenne 16 000 $ par année.	Les avantages dépendent généralement de l'appartenance à un syndicat. Le pouvoir de négociation des syndicats permet à certains infirmiers et infirmières de recevoir de meilleurs salaires et avantages. Il peut s'agir de travailleuses et de travailleurs autonomes.	95 % des IA sont des femmes. 91 % des IAA sont des femmes. 91 % des auxiliaires familiales et familiaux, des aides domestiques et des aides à domicile sont des femmes.

Sources :
C.-B. et Canada (2000); OACCAC et coll., (2000); AOSC (2000a); OHHCPA (2000).

Analyse

Un certain nombre d'observations générales ont été faites sur l'état des services de soins à domicile au Canada au cours de la dernière décennie. Entre 1995 et 2000, le nombre de personnes recevant des soins à domicile a augmenté de 140 % (CASSC, 2002). Et pourtant, le million et plus de Canadiennes et de Canadiens qui reçoivent maintenant des soins à domicile connaissent une pénurie de services, et leurs prestataires de services doivent leur prodiguer à la maison des soins de plus en plus complexes nécessitant souvent l'emploi de fournitures et de matériel coûteux (CASSC, 2002). Il n'est pas étonnant que la Commission Romanow (2002 : 193) soutienne dans ses recommandations que « la première étape consisterait à établir un programme national de services accessible à tous les Canadiens partout au pays et selon les mêmes conditions ». Comme toute réforme de la santé se fait dans le contexte de la mondialisation, il est impératif que l'on comprenne les effets que la mondialisation exerce déjà sur les programmes provinciaux de soins à domicile, et les restrictions que des traités commerciaux tels que l'ALENA et l'AGCS pourraient imposer aux futures réformes.

L'état actuel des soins à domicile sous le régime des accords commerciaux internationaux

Réserves et exemptions

L'ALENA et l'AGCS renferment des réserves et des exemptions bien précises qui visent à protéger le système de soins de santé du Canada. On dit aux réserves de l'annexe II de l'ALENA que le « Canada se réserve le droit d'adopter ou de maintenir toute mesure concernant les services d'application du droit public et les services correctionnels, ainsi que les services suivants dans la mesure où ils constituent des services sociaux établis ou maintenus à des *fins d'intérêt public :* sécurité ou garantie des revenus, sécurité ou assurance sociale, bien-être social, éducation publique, formation publique, santé et garde d'enfants » (c'est nous qui soulignons).

Du point de vue du Canada, l'ALENA protège la santé parce que celle-ci est considérée comme un service établi ou maintenu dans l'intérêt du public. Des responsables américains du commerce ont cependant soutenu que « là où existent des services commerciaux, ce secteur ne constitue plus un service social offert dans l'intérêt du public » [TRADUCTION] (Evans et coll., 2000). Cette façon de penser pourrait miner la protection de notre système de santé, à l'intérieur duquel certains services privés existent déjà et où l'on voit s'accroître le nombre de partenariats entre les secteurs public et privé dans des provinces comme l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique. Malgré les menaces qui planent, on n'a pas encore contesté la position canadienne sur les services de santé en regard de l'ALENA, ni invoqué cet accord pour se frayer un chemin dans le secteur canadien des services de santé.

Cette réserve de l'annexe II risque de mettre en péril les services (c.-à-d. les services de soutien dans les hôpitaux, les services de soins infirmiers, les services de laboratoire, etc.) qui commencent à faire l'objet de sous-traitance, mais dont une bonne partie continue à relever du secteur public. La réserve expose également à une privatisation accrue les services qui ne sont pas actuellement couverts par la *Loi canadienne sur la santé* (p. ex.

les soins à domicile). Susan Joekes et Ann Weston (1994) ont dit craindre l'ajout à l'ALENA de divers services de santé parce qu'il pourrait accentuer les pressions exercées sur les gouvernements fédéral et provinciaux du Canada vers la privatisation du secteur de la santé. Approfondissant cette question, Boliz et coll. (1999) estiment que parmi les éléments clés de l'accès aux soins de santé sous le régime de l'ALENA figurent les échappatoires que l'accord est susceptible de renfermer et qui pourraient permettre de redresser les obstacles financiers à l'accès, ce qui menacerait le système du Canada, financé par l'État.

L'AGCS s'applique à tous les services, à l'exception des services fournis dans l'exercice du *pouvoir gouvernemental* définis à l'alinéa 1.3 b). Aux termes de cette disposition, tous les services sont visés par l'accord, sauf les « services fournis dans l'exercice du pouvoir gouvernemental ». Selon l'alinéa 1.3 c), on entend par là « tout service qui n'est fourni ni sur une base commerciale, ni en concurrence avec un ou plusieurs fournisseurs de services ». Les expressions « sur une base commerciale » et « en concurrence » ne sont pas définies.

L'OMS et l'OMC (2002 : 132) ont admis qu'il n'existe pas de définition définitive de ces expressions parce que la question n'a provoqué aucun différend et que « si les gouvernements Membres de l'OMC ont la faculté de demander des précisions dans le cadre des négociations en cours sur l'AGCS, ils n'en ont pas encore exprimé le besoin ». Comme le disait un expert commercial que nous avons interviewé :

> *Cela me rend très mal à l'aise que le Canada n'ait pas exclu clairement son sacro-saint programme social parce que plus l'argument est compliqué et difficile, plus on risque de perdre devant un groupe d'experts commerciaux* (interview, 2002).

Outre l'alinéa 1.3, l'article XIV permet lui aussi des exceptions à l'AGCS si les gouvernements respectent certains critères définis. L'exception touchant la santé correspond à l'alinéa XIV b), qui précise que les membres peuvent prendre toute mesure *nécessaire* à la « protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou à la préservation des végétaux », quelles que soient leurs obligations en vertu de l'accord. Les politiques sur la santé pourraient être protégées en théorie, mais ne pas l'être dans la pratique. Le Secrétariat de l'OMC et l'OMS reconnaissent tous deux que les pays touchés pourraient contester les politiques sur la santé s'ils estiment que ces mesures imposent des restrictions injustifiées sur le commerce des services (OMS et OMC, 2002). En effet, comme le soutient Lipson (2001 : 3) : « dans la pratique, compte tenu de la jurisprudence de l'OMC (et des règles du GATT, prédécesseur de l'OMC), les mesures visées par une exemption de ce genre feraient l'objet d'une interprétation étroite de ce qui est *nécessaire* pour protéger la santé » [TRADUCTION]. On pourrait interpréter *nécessaire* comme désignant ce qui est le moins susceptible de restreindre le commerce, plutôt que ce qui pourrait le mieux protéger ou favoriser la santé.

Dans l'ALENA comme dans l'AGCS, la réserve et l'exemption sont ainsi libellées qu'elles ne tiennent aucun compte du système hybride public-privé de soins de santé du Canada. Comme la *Loi canadienne sur la santé* ne couvre pas les soins à domicile et comme on trouve au sein de bien des provinces et territoires de nombreuses sociétés à but lucratif et sans but lucratif qui fonctionnent sur une base concurrentielle ou commerciale, les soins à

domicile ne font pas partie des réserves et des exemptions de l'ALENA et de l'AGCS (Epps, 2001; Sanger, 2001). Il est donc permis de conclure que les soins à domicile sont, dans leur structure actuelle, visés par les deux accords.

Clauses du traitement national et du traitement de la nation la plus favorisée
Dans le cas de l'ALENA, les soins à domicile sont assujettis aux dispositions du traitement national et de l'investissement. La clause du traitement national (paragraphes 1 et 2 de l'article 1102) précise : « Chacune des Parties accordera » [aux investisseurs d'une autre Partie et à leurs investissements] « un traitement non moins favorable que celui qu'elle accorde, dans des circonstances analogues, à ses propres investisseurs, en ce qui concerne l'établissement, l'acquisition, l'expansion, la gestion, la direction, l'exploitation et la vente ou autre aliénation d'investissements ». Dans le secteur des soins à domicile, le traitement national pourrait empêcher de favoriser un fournisseur sans but lucratif plutôt qu'un fournisseur à but lucratif. Il pourrait aussi amoindrir la capacité du gouvernement canadien de réglementer les services de santé, surtout si les règlements sont jugés défavorables aux prestataires de soins étrangers. De plus, les soins à domicile pourraient également être assujettis aux clauses de la nation la plus favorisée (articles 1103 et 1203), qui obligent le Canada (y compris les provinces et les territoires) à accorder aux investisseurs des parties à l'ALENA un traitement non moins favorable que celui qu'il réserve dans des circonstances analogues aux investisseurs d'un autre pays.

Selon une source clé, l'AGCS présente deux niveaux de vulnérabilité :

> *Le degré de subordination des services de soins à domicile aux règles générales de l'AGCS et celui des soins à domicile à d'autres règles énoncées dans les listes du Canada.*

Sans aucun doute, il est très difficile d'examiner les soins à domicile dans l'optique de l'AGCS en raison du système de classification ambigu de ce dernier. Les soins à domicile ne figurent pas comme un service distinct dans la classification de l'AGCS servant à prendre des engagements. Les services de santé associés aux soins à domicile y figurent toutefois, et 26 membres de l'OMC, y compris les États-Unis et le Mexique, ont inscrit les services liés aux soins à domicile au nombre de leurs engagements nationaux spécifiques (Sanger, 2001). Les services de soins à domicile liés à la santé ne figurent pas sur la liste du Canada et ne sont donc pas assujettis aux règles de l'AGCS sur le traitement national et l'accès aux marchés (Sanger, 2001).

S'ils ne figurent pas expressément sur la liste d'engagements nationaux du Canada, les services de soins à domicile n'en sont pas moins subordonnés à l'obligation générale de l'AGCS, plus particulièrement à la disposition relative au traitement de la nation la plus favorisée (CCPA, 2002). L'article II de l'AGCS, celui du traitement de la nation la plus favorisée, s'applique à tous les secteurs de service (sauf aux services protégés par le paragraphe 3 de l'article I), qu'ils fassent partie ou non de la liste d'engagements d'un membre. Cet article précise ce qui suit : « En ce qui concerne toutes les mesures couvertes par le présent accord, chaque Membre accordera immédiatement et sans condition aux services et fournisseurs de services de tout

autre Membre un traitement non moins favorable que celui qu'il accorde aux services similaires et fournisseurs de services similaires de tout autre pays ». Il interdit aux pays à faire de la discrimination à l'endroit de fournisseurs étrangers en consentant davantage de privilèges ou de droits à certains plutôt qu'à d'autres. Dans la pratique, le traitement de la nation la plus favorisée « permet à tous les fournisseurs de services de revendiquer le droit au marché le plus avantageux offert à tout fournisseur étranger » [TRADUCTION] (Sanger 2001 : 99). De plus, dès qu'une société étrangère invoque l'ALENA pour obtenir du financement public en matière de santé, la règle du traitement de la nation la plus favorisée de l'AGCS permettrait à toutes les sociétés étrangères de revendiquer l'accès au marché canadien et de réclamer le même niveau de subventions publiques (Sanger, 2001).

Les soins à domicile couvrent un éventail de services, ce qui complique l'analyse. Ils comprennent non seulement les services de santé, mais également des mesures de soutien social et de soutien à la vie. La prestation de ces services relève d'une gamme de ministères et de services, qui vont des services de santé et des services sociaux aux services de santé et aux services communautaires, comme c'est le cas en Ontario et en Colombie-Britannique. Non seulement les exemptions aux accords commerciaux protègent mal le système canadien de soins de santé en raison de sa combinaison de services publics et privés, mais elles ne couvrent pas l'éventail des services requis dans un domaine comme celui des soins à domicile.

Si l'on prend l'exemple de l'AGCS, les services de santé liés aux soins à domicile peuvent être exemptés des engagements sectoriels d'un pays. De fait, le Canada a explicitement exclu les soins infirmiers, la physiothérapie, les services de nutritionniste et l'ergothérapie de ses engagements en vertu de l'AGCS[16]. Toutefois, selon l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, des demandes ont été présentées pendant les récentes rondes de négociation de l'AGCS pour que soient assouplies les restrictions sur ces services et que les sociétés étrangères (appartenant majoritairement à des intérêts étrangers) soient autorisées à offrir ces services[17]. Il importe ici de souligner que le système de classification de l'AGCS regroupe ces types de services dans la catégorie des services professionnels du secteur des entreprises plutôt que du secteur des soins de santé. Ce regroupement réduit encore plus la protection dont ils bénéficient à titre de services de santé publique parce qu'on les dissocie de la catégorie des hôpitaux, des cliniques communautaires et des autres services de santé (Sanger, 2001). Il pourrait donc être plus difficile pour le gouvernement canadien de faire valoir qu'il s'agit de services de santé publique et qu'ils bénéficient donc de la protection assurée par la clause du pouvoir gouvernemental de l'AGCS. Comme le disait un répondant :

> *La façon dont un service est classifié, c'est-à-dire le secteur auquel il est réputé appartenir, déterminera s'il sera libéralisé et de quelle façon, le cas échéant. Il pourrait alors être libéralisé par inadvertance sous une autre rubrique ou être catégorisé séparément de façon à être plus facile à libéraliser* [TRADUCTION].

On a par ailleurs inscrit à la liste le nettoyage des immeubles et la préparation des aliments, que l'on pourrait interpréter comme couvrant les services de soutien social et à la vie dans le secteur

des soins à domicile, et qui sont de ce fait assujettis à la clause du traitement national (article XVIII). Le traitement national ne s'applique qu'aux services inscrits par les pays à leur liste de l'AGCS. Cette clause oblige à un traitement aussi favorable des fournisseurs étrangers de services analogues que le traitement accordé aux fournisseurs intérieurs. Elle réduit considérablement la marge de manoeuvre des gouvernements nationaux pour décider des meilleurs fournisseurs de services dans un domaine ou une région donnés. Ainsi, le traitement national empêcherait les gouvernements de préférer des services communautaires sans but lucratif à des sociétés étrangères fournissant le même service. Il est permis de croire que des organismes locaux sans but lucratif bien implantés dans une localité donnée seraient mieux placés pour offrir des services tels que les soins à domicile (interview avec une source clé, 2003).

Le traitement national a également des incidences sur les services de soutien puisqu'il autorise les hôpitaux et les autorités sanitaires régionales à sous-traiter leurs services (p. ex. la préparation des aliments, la lessive et le nettoyage) uniquement à des organisations ou à des compagnies nationales. Ainsi, les règlements exigeant que la production alimentaire se fasse localement pourraient être contestés. Sous le régime de l'AGCS, les sociétés étrangères doivent bénéficier des mêmes possibilités de disputer le marché à la concurrence.

Le nettoyage des immeubles et la préparation des aliments pourraient également être assujettis à la clause d'accès aux marchés (article XVI). Cette clause interdit l'imposition d'un éventail de restrictions (p. ex. limiter le nombre de fournisseurs et de prestataires de services à leur emploi et restreindre la valeur totale des services et le type d'entité juridique), ce qui a fait dire à un expert commercial :

> *Dans les domaines où l'on a pris des engagements spécifiques, [l'AGCS] interdit certains types de politiques... qu'elles soient discriminatoires ou non, et c'est là, je crois, que les accords commerciaux dépassent vraiment les bornes... Certains types de ce qu'on appelle des restrictions quantitatives, qui limitent essentiellement le nombre de fournisseurs de services, sont carrément interdits, qu'ils soient discriminatoires ou non* [TRADUCTION] (interview, 2002).

Ainsi, en vertu des engagements de plein accès aux marchés, les gouvernements ne peuvent ni donner l'exclusivité d'un service à des fournisseurs, ni préciser le type d'entité juridique – à but lucratif ou sans but lucratif – qui peut fournir un service. Ces restrictions sont d'importantes mesures de contrôle des coûts et assurent l'accès à des services financés par l'État (Sanger, 2001). L'accès aux marchés a donc des conséquences sur l'assurance-maladie, plus particulièrement sur la capacité de prévenir l'escalade des coûts et sur la faculté d'élargir le régime public d'assurance-maladie (Sanger, 2001). De plus, les règles de l'AGCS interdisant l'attribution de droits monopolistiques (paragraphe 4 de l'article VIII) pourraient nous empêcher d'élargir le régime public d'assurance-maladie à des services tels que les soins à domicile.

Le nettoyage des immeubles et la préparation des repas, qui font partie intégrante des services de santé, ont été assujettis à l'AGCS. Donc, même si le gouvernement canadien protège les services de soins de santé intérieurs, il n'est pas garanti que le commerce ne s'infiltrera pas dans d'autres secteurs considérés comme des déterminants fondamentaux de la santé. Kickbusch et de Leeuw (1999 : 286) fournissent l'explication suivante : « Alors même qu'ils défendent leur souveraineté interne sur la politique relative aux soins de santé, les pays perdent graduellement leur souveraineté sur les politiques liées aux déterminants de la santé » [TRADUCTION].

Contraintes commerciales possibles pour la réforme des soins à domicile

Compte tenu des paramètres de l'ALENA et de l'AGCS, quelle serait donc la probabilité que le Canada fasse l'objet d'une contestation commerciale s'il tentait de modifier l'orientation des soins à domicile? Deux possibilités ont récemment été proposées à cet égard : la recommandation de la Commission Romanow visant à étendre le régime d'assurance-maladie aux soins à domicile afin d'en faire un programme à frais partagés et ce dont ont convenu les premiers ministres dans l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé, soit l'augmentation du financement fédéral afin de procéder à une expansion ciblée des programmes et services provinciaux de soins à domicile financés par les deniers publics. Bien qu'on n'y ait pas donné suite, la recommandation Romanow demeure une piste stratégique viable.

Ces deux changements d'orientation sont possibles en vertu des règles commerciales actuelles, mais s'ils ne se font pas à l'intérieur des paramètres du système public, l'un ou l'autre pourrait donner lieu à une demande d'indemnisation dans le cadre de l'ALENA ou à une contestation sous le régime de l'AGCS.

À l'heure actuelle, la menace posée par l'ALENA est plus plausible. Deux dispositions clés ne sont pas assujetties à des réserves, à savoir la clause d'expropriation et d'indemnisation (paragraphe 1 de l'article 1110), et la norme minimale de traitement (paragraphe 1 de l'article 1105)[18]. La clause d'expropriation et d'indemnisation précise ce qui suit :

> Aucune des Parties ne pourra, directement ou indirectement, nationaliser ou exproprier un investissement effectué sur son territoire par un investisseur d'une autre Partie, ni prendre une mesure équivalant à la nationalisation ou à l'expropriation d'un tel investissement (« expropriation »), sauf : pour une raison d'intérêt public; sur une base non discriminatoire; en conformité avec l'application régulière de la loi et le paragraphe 1105 (1); et moyennant le versement d'une indemnité en conformité avec les paragraphes 2 à 6.

Cet article limite la capacité du Canada de nationaliser un secteur ou d'exproprier l'activité d'assureurs de soins médicaux déjà présents sur le marché canadien (Epps et Flood 2001, 2003). Il « amoindrit grandement la capacité d'élargir le volet public du système canadien de soins de santé » [TRADUCTION] (Johnson, 2002 : 7). Cette disposition est on ne peut plus controversée parce qu'elle permet difficilement aux gouvernements de se désengager des politiques de libéralisation de l'économie ou de privatisation.

Selon cet article, les sociétés peuvent contester directement les gouvernements et leur demander une indemnité financière en s'adressant à l'organe de règlement des différends de l'ALENA. En vertu de cette disposition, les investisseurs peuvent demander d'être indemnisés pour des mesures qui restreignent la prestation à but lucratif de services de soins de santé (y compris l'expansion du régime public d'assurance-maladie). Si, par exemple, le gouvernement canadien voulait élargir la portée de la *Loi canadienne sur la santé* aux soins à domicile et si les provinces (qui voudraient obtenir leurs paiements de transfert du gouvernement fédéral) décidaient de ne pas renouveler leurs contrats avec des sociétés privées étrangères (très probablement à but lucratif), peut-être ces sociétés décideraient-elles de contester ces mesures en vertu de l'ALENA.

Une source clé nous a bien expliqué la menace d'une contestation aux termes de l'ALENA :

> *L'ALENA est plus menaçant que l'AGCS parce qu'il permet à l'investisseur de soumettre un litige directement et d'obtenir des dommages-intérêts. Les groupes spéciaux de l'ALENA appelés à trancher les différends commerciaux ont beaucoup de latitude quant aux dommages-intérêts qu'ils peuvent demander* [TRADUCTION].

Le degré de risque dépend de l'importance des préjudices que ces changements d'orientation ont fait subir aux intérêts économiques privés. Autrement, comme l'affirme Johnson (2002 : 31), il pourrait s'agir d'une contestation ou d'une réclamation modeste susceptible de se résoudre de façon satisfaisante. Il importe donc d'examiner le financement et la prestation des services de soins à domicile en se posant plus particulièrement les questions suivantes.

- Jusqu'à quel point les fournisseurs/assureurs privés à but lucratif sont-ils présents dans le système canadien de soins de santé et dans les soins à domicile en particulier? Pour faire une analyse de ce genre, il faut tenir compte de la mesure dans laquelle les soins de santé sont considérés comme un marché en expansion pour les investisseurs privés étrangers.

- Comment les changements d'orientation dans les soins à domicile pourraient-ils nuire aux fournisseurs commerciaux étrangers?

- Quels sont les effets réels et possibles selon le genre de la participation accrue des assureurs et fournisseurs privés de soins à domicile à but lucratif sur la qualité des services de soins à domicile, l'ensemble des services connexes et la main-d'oeuvre des soins de santé?

Il est également important de garder à l'esprit que, s'il n'est pas encore énorme, le marché des soins à domicile ne cesse de grandir. Comme le disait une personne que nous avons interrogée :

> *Il est important, du point de vue des politiques, d'être à l'affût d'éventuels risques et vulnérabilités* [TRADUCTION].

Bon nombre des personnes que nous avons interviewées pour notre étude sont du même avis.

Contexte

Avant d'examiner le financement et la prestation des soins à domicile au Canada dans l'optique de l'ALENA et de l'AGCS, il importe de cerner l'importance économique des soins à domicile. Comme le disait une de nos sources clés :

> *Combien d'argent y a-t-il à faire dans les soins à domicile? S'agit-il vraiment d'une priorité pour les sociétés étrangères?* [TRADUCTION]

Industrie Canada voit dans les soins à domicile un « secteur de force » capable d'attirer les investisseurs étrangers en particulier parce qu'un nombre grandissant de citoyennes et de citoyens âgés et fortunés sont aux prises avec des problèmes de santé chroniques (Industrie Canada, 2000). De hauts fonctionnaires américains du commerce ont déclaré : « Les États-Unis estiment qu'il y a des possibilités commerciales dans tout le spectre des établissements de soins de santé et de services sociaux, y compris les hôpitaux, les services de consultations externes, les foyers de soins infirmiers, l'aide à la vie autonome et les services fournis à la maison » [TRADUCTION] (Kuttner, 1999 : 666).

Selon Chanda (2001 : 59), « les sociétés américaines oeuvrant dans le secteur des soins de santé et des services complémentaires lorgnent de plus en plus du côté des marchés étrangers à cause de la réforme des systèmes de soins de santé dirigés par l'État et du passage à une gestion privée des soins que l'on observe dans beaucoup de pays » [TRADUCTION]. En effet, comme le disait une des personnes que nous avons interrogées :

> *En ce qui a trait au marché des soins de santé, l'expansion pluriterritoriale américaine cible habituellement le marché canadien. C'est ce qui s'est produit dans le cas du secteur manufacturier* [TRADUCTION].

L'industrie des organisations de soins de santé intégrés (OSSI) des États-Unis, connue pour son intégration verticale des services de soins de santé, s'est montrée intéressée par le Canada. Les soins à domicile, en particulier la gestion des maladies chroniques, pourraient être assez payants pour que cette industrie les ajoute à son éventail de services de santé. C'est ce qu'a fait valoir une source clé :

> *Il se pourrait que l'industrie des OSSI ajoute les soins communautaires à sa trousse de services* [TRADUCTION].

Financement des services de soins à domicile : présence des assureurs privés

Bien que les gouvernements provinciaux financent certains services de soins à domicile, les particuliers et l'industrie de l'assurance sont également d'importants intervenants à cet égard. Le nombre de personnes qui payent directement ces services de leur poche augmente constamment. Les personnes qui souscrivent une assurance privée le font peut-être parce qu'elles ne sont pas admissibles à des services publics de soins à domicile, parce qu'elles ne veulent pas subir d'évaluations de soins à domicile ou parce que les services du régime public sont insuffisants (Santé Canada, 1999b).

Comme nous l'avons souligné précédemment, l'Ontario finance les services professionnels, les services de soutien personnel, les services d'auxiliaires familiales et familiaux et d'autres services sociaux. Les services accessibles sont cependant assujettis à un plafond. Bien souvent, les services de soutien communautaires sont assortis de frais modérateurs. On estime également qu'environ 50 % des personnes qui ont besoin de soins à domicile doivent obtenir du secteur privé une bonne partie des soins requis ou compter sur le travail non rémunéré de membres de leur famille et d'amis (Browne, 2000). En comparaison, la Colombie-Britannique fournit une gamme exhaustive de soins professionnels à domicile, jusqu'à concurrence de 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

Par ailleurs, les services de soutien à domicile dispensés en Colombie-Britannique et, dans une mesure semblable, en Ontario (p. ex. le répit, l'aide aux activités de la vie quotidienne et la préparation des repas) sont assortis de frais modérateurs et de rigoureux critères d'admissibilité. En 1999, les autorités sanitaires ont éliminé l'aide à l'entretien ménager, à la préparation des repas et à la lessive fournie à la clientèle dont les besoins étaient jugés « moins sérieux ». Cette clientèle doit maintenant acheter ces services auprès du secteur privé, ce qui crée un système de soins à domicile à deux vitesses.

Le nombre d'assureurs privés s'est accru au Canada en raison du genre de décroissance observée dans le volet des soins à domicile du secteur de la santé publique. À l'heure actuelle, 39 des 140 assureurs privés présents au Canada ont leur siège social aux États-Unis et 10, en Europe (Epps et Flood, 2003). On estime que les cotisations aux régimes d'assurance-maladie de ces assureurs privés varient de 860 millions à 2,5 milliards de dollars (CCPA, 2002). À l'heure actuelle, plus de 20 millions de Canadiennes et de Canadiens souscrivent un régime d'assurance privé. Il y a 68 % de la population en Colombie-Britannique et 58 % en Ontario qui bénéficie d'un tel régime (ACCAP, 2001).

L'assurance privée offre une gamme d'avantages, notamment la prestation de soins infirmiers et de soins à domicile. L'assurance soins à domicile s'adresse aux personnes de 40 à 80 ans et vise les personnes à revenu moyen ou élevé qui ont l'âge de la préretraite. Une police de base coûte généralement quelque 130 $ par mois sur 20 ans et donne à son titulaire le droit d'obtenir pour 50 $ de services de soins à domicile, jusqu'à concurrence de 75 000 $ pour toute la vie (Fuller, 2001). De nombreux assureurs vendent également des polices d'assurance-maladie collective d'employeur pour la prestation de soins à domicile.

S'il est pour l'instant modeste, le marché global de l'assurance soins à domicile n'en grandit pas moins. Il y a par exemple un nombre important d'assureurs privés des soins de longue durée (y compris des soins à domicile) à but lucratif en Colombie-Britannique et en Ontario. Ont leur siège en Colombie-Britannique les sociétés Zlotnick, Lamb and Company, Dave P. Financial, Cheap Life Insurance Canada Insurance Services, S&V Planning Corporation et le Groupe financier Equinox. Sur son site Web, Zlotnick, Lamb and Company annonce son assurance soins de longue durée de la façon suivante :

> Enfin… une solution – … Offerte depuis des décennies aux États-Unis, cette protection est depuis peu offerte aux Canadiens – et ce n'était pas trop

> tôt. L'assurance soins de longue durée couvre ce qu'il en coûte pour obtenir des soins de longue durée chez soi ou en établissement pendant quelques années ou toute la vie. Si vous avez entre 30 et 80 ans, vous pouvez faire une demande et pourriez toucher des prestations de 10 $ à 300 $ par jour, non imposables (McNaughton, 2003) [TRADUCTION].

Parmi les sociétés ayant leur siège social en Ontario, mentionnons Clarica, RBC Assurances, la Financière Manuvie, Canada-Vie, La Citadelle Compagnie d'assurances générales, le Groupe financier Empire, Liberté Santé, la Financière Sun Life, UnumProvident, The Rite Path et PennCorp Canada. Bon nombre de ces assureurs ont également des bureaux en Colombie-Britannique. Parmi les autres compagnies dignes de mention figurent les Assurances Federated (siège social à Winnipeg et bureaux régionaux en Ontario et en Colombie-Britannique), La Maritime (siège social à Halifax et bureaux régionaux en Ontario et en Colombie-Britannique), la Standard Life (siège social à Montréal et bureaux régionaux en Ontario et en Colombie-Britannique) et le Groupe Hughes Trustco (siège social à Montréal et services dans toutes les provinces).

Coyte (2000) prévoit que les dépenses privées en soins à domicile, qui se chiffraient à 0,7 milliard de dollars en 2000-2001, augmenteront de près de 80 % d'ici 20 ans en raison de l'évolution démographique. Cette augmentation pourrait certainement rendre le marché des soins à domicile de plus en plus attrayant pour les investisseurs étrangers. Il appert également que les Canadiennes et Canadiens s'intéressent de plus en plus à l'assurance soins de longue durée. Un sondage Ispos-Reid effectué en 2002 pour le compte de RBC Assurances révèle qu'à peine 12 % de la population canadienne souscrit une assurance soins de longue durée. Cependant, 33 % des personnes non assurées se sont montrées désireuses d'en apprendre davantage à ce sujet auprès d'une conseillère ou d'un conseiller financier (Ipsos-Reid, 2002).

L'élargissement de la *Loi canadienne sur la santé* ou le financement de certains aspects des soins à domicile par le trésor public (comme ce serait le cas en Ontario et en Colombie-Britannique en vertu de l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé) pourraient enlever à ces compagnies leur part actuelle et potentielle de ce marché. Une compagnie d'assurance touchée pourrait considérer le rétrécissement du marché de l'assurance privée et l'établissement de règles sur les services facturables aux malades comme « une expropriation indirecte de ses activités et des bénéfices qu'elle prévoyait en tirer » [TRADUCTION] (Epps, 2001 : 119, 141). Une société d'assurance privée pourrait répliquer et présenter une contestation aux termes du chapitre 11 de l'ALENA en invoquant la clause sur l'expropriation et l'indemnisation.

De fait, la Commission Romanow (2002 : 238) a justement conclu que si nous voulons élargir la gamme de services du système public (p. ex. les soins à domicile), il vaut mieux le faire maintenant, tandis que les sociétés étrangères sont très peu présentes dans le domaine des soins de santé au Canada et qu'il n'en coûterait pas cher de les indemniser. Il est donc concevable qu'« un ou plusieurs assureurs américains cherchent à se faire indemniser par l'entremise de l'ALENA si une réforme leur interdisait l'accès au marché canadien » [TRADUCTION] (Epps et Flood, 2003 : 37). Quant à une menace de contestation en vertu de

l'ALENA, « une poursuite à laquelle on donnerait droit n'empêcherait pas le Canada d'étendre l'assurance-santé, mais il lui en coûterait plus cher » (CCPA, 2002 : 29).

C'est la disposition de l'AGCS sur les monopoles (article VIII) qui jouerait le plus en cas de tentative d'élargissement de l'assurance-maladie aux soins à domicile, car elle pourrait dissuader les gouvernements de fournir eux-mêmes des services de santé dispensés par les assureurs privés. L'article VIII de l'AGCS obligerait le gouvernement canadien à prévenir le Conseil du commerce des services qu'il entend se donner le monopole de certains services de santé. De plus, le paragraphe 4 de l'article VIII pourrait également contraindre le Canada à négocier une indemnisation avec les pays de l'OMC visés dont les fournisseurs privés d'assurance de services de soins à domicile sont touchés par la réforme (CCPA, 2002). Dans le cas de l'AGCS, les domaines les plus préoccupants seraient le nettoyage des immeubles et la préparation des aliments, car le Canada les a inscrits explicitement à sa liste d'engagements nationaux.

Comme le faisait remarquer Epps avec justesse (2001 : 113), « tant et aussi longtemps que les assureurs américains ou étrangers seront actifs sur le marché canadien, la clause de l'AGCS sur les monopoles et les dispositions de l'ALENA sur l'expropriation pourraient assurer leur présence sur le marché canadien au détriment de toute réforme qui viserait à mettre en place un régime national d'assurance financé par l'État dans des domaines tels que les soins à domicile » [TRADUCTION]. D'aucuns imputeraient directement à l'expansion du régime d'assurance-maladie la perte d'une part du marché des soins à domicile et de bénéfices à réaliser que subiraient les assureurs privés. On pourrait y voir matière à dédommagement. Si elle n'empêche pas de faire des changements de fond nécessaires ou souhaitables, la présence d'assureurs privés étrangers au Canada doit tout de même être prise en considération lorsqu'on songe à réformer le régime d'assurance-maladie. Cela n'était pas le cas avant la mise en oeuvre de l'ALENA ou de l'AGCS (CCPA, 2002; Epps, 2001).

Enfin, il faut s'intéresser de plus près à la contradiction apparente dans la position du Canada relativement à l'assurance privée. C'est que, d'une part, des compagnies canadiennes d'assurance de personnes sont déjà présentes dans plus de 20 pays (Finances Canada, 2001) et que, d'autre part, le Canada entend accroître l'exportation de ce service. Par ailleurs, le Canada cherche à conserver le pouvoir de mettre son propre système de soins de santé à l'abri des sociétés étrangères en limitant leur présence sur le marché canadien. La question a d'ailleurs été soulevée par un certain nombre de sources clés que nous avons interrogées. Comme l'a expliqué un expert :

> *J'ai toujours été frappé par l'incohérence du Canada, qui classe l'assurance-maladie dans les services financiers comme moyen d'accéder aux marchés étrangers tout en prétendant vouloir protéger le système public au Canada.*

Cette position pourrait devenir insoutenable à long terme, d'autant plus que l'ensemble des pays membres de l'OMC se sont engagés à libéraliser davantage le commerce des services dans le cadre de l'AGCS.

Prestation de soins à domicile

Sauf au Manitoba, la plupart des soins à domicile sont dispensés par le secteur privé. Les compagnies privées varient cependant selon qu'elles sont ou non à but lucratif. À l'échelle nationale, la prestation de soins à domicile est essentiellement dominée par des organismes sans but lucratif tels que les Infirmières de l'Ordre de Victoria et la Croix-Rouge. Le secteur des organismes sans but lucratif se démarque par sa vocation globale à servir l'intérêt public, son engagement à rendre des comptes au public et à faire preuve de transparence, et sa défense de la clientèle et des malades (Fuller, 2001).

Certaines sociétés privées à but lucratif sont de petites entreprises à vocation régionale. Il y a également des sociétés canadiennes et un nombre élevé de fournisseurs américains de soins à domicile (p. ex. des multinationales cotées en bourse). Il s'agit, par exemple, de Caremark, d'Olsten/Gentiva et d'autres sociétés appartenant partiellement à des investisseurs internationaux, comme Extendicare et Dynacare (Armstrong, 2001). Ces dernières années, la sous-traitance de services financés par l'État à des entités à but lucratif a bondi (Epps, 2001).

Dans le secteur privé, il se fait davantage d'investissements transfrontières dans la prestation des soins à domicile que de commerce transfrontalier de ceux-ci (p. ex. dans les technologies des télécommunications et de l'information, telles que la télésanté dans les soins à domicile) (CCPA, 2002). Cela ne signifie toutefois pas que la télésanté ne gagnera pas en importance. L'Ontario, par exemple, fait l'essai du robot intelligent de soins à domicile, qui remplace les visites à domicile par une surveillance et un suivi. Industrie Canada (2000) et le Comité permanent des affaires étrangères et du commerce international (1999) estiment que certaines formes de télésanté représentent un secteur en expansion susceptible de rendre le marché canadien intéressant pour les investisseurs étrangers.

Pour l'instant, c'est surtout de l'investissement transfrontières (c.-à-d. les sociétés à propriété étrangère présentes au Canada) qu'il faut se préoccuper en ce qui a trait à la réforme des soins de santé dans le contexte des accords commerciaux internationaux.

Si le gouvernement élargit la couverture des soins à domicile tout en voulant limiter le nombre de fournisseurs de soins à domicile, les clauses d'expropriation de l'ALENA permettraient aux sociétés étrangères à but lucratif de réclamer une indemnisation. Elles soutiendraient que la réforme des soins à domicile risque de leur faire subir toutes sortes de torts à titre de fournisseurs privés, notamment leur éviction du marché des soins à domicile et une baisse de profits occasionnée par la perte de leur part de marché. Une éventuelle contestation aux termes de l'AGCS se fonderait sans doute sur les engagements spécifiques du Canada en regard du nettoyage des immeubles et de l'entretien ménager.

Financement public et prestation par des entreprises privées

Au Canada, 93 % des organismes de soins à domicile privés sont partiellement financés par les fonds publics et 50 % le sont entièrement (MacAdam, 2000). Par exemple, les CASC de l'Ontario sous-traitent un éventail de services à l'entreprise privée. En 1999, par exemple, 18 CASC ont accordé 20 contrats de soins infirmiers; 52 % de ces contrats, tout comme 40 % des contrats de thérapie et 80 % des contrats d'équipement, ont été octroyés à des organismes à but lucratif (Sutherland, 2001). On estime que, chaque année, 42 millions de

dollars de fonds publics sont versés sous forme de profits à des entreprises privées (p. ex. les Services de santé Comcare, les Services de santé Para-Med, les Services de santé Olsten) et aux actionnaires de sociétés à but lucratif (OHC, 2001b).

La Colombie-Britannique est dans la mire d'un certain nombre de fournisseurs privés à but lucratif (Fuller, 2001). Sur le territoire de l'Autorité sanitaire du Fraser, l'une des cinq autorités sanitaires de la Colombie-Britannique, on trouve, signe de cet intérêt, une combinaison de fournisseurs privés à but lucratif, privés sans but lucratif et publics[19]. Les organismes privés (qui acceptent des clientes et clients privés et peuvent conclure des contrats avec l'autorité sanitaire) sont les suivants :

- Para-Med Health Services;
- We Care Home Health Services;
- Bayshore Home Support;
- Helping Hands Agency Ltd;
- Comcare, Pacific Rehabilitation;
- Drake Medox Health Care Services;
- Gentiva Health Services.

Les organismes publics ou privés sans but lucratif sont notamment les suivants :

- Abbotsford Community Services;
- Fraser Cheam Home Support Service Society;
- Burnaby Community Home Support Services Association;
- Simon Fraser Home Support Association;
- Ridge-Meadows Home Support Service Society;
- Delta Home Support Service Society;
- Langley Home Support Service Society;
- Surrey and White Rock Home Support Association;
- West Coast Health Care Services Limited;
- Richmond Health Services Home Support;
- Greater Vancouver Community Services Society;
- St. James Home Support Services;
- Vancouver Community Home Support Services Association;
- Greater Vancouver Home Support Society;
- Bella Coola Home Support;

- Home Support NSHR;
- Powell River and District Home Support Society;
- Sunshine Coast Home Support Society;
- Howe Sound Home Support Service Society.

La prestation à but lucratif de services de soins à domicile est de plus reliée à des activités associées à l'industrie pharmaceutique et à l'équipement médical commercial. Certaines données indiquent, par exemple, que des sociétés de soins à domicile telles que Comcare et le Groupe santé Bayshore (anciennement Olsten) acceptent des contrats de compagnies pharmaceutiques afin de recruter de la clientèle pour des essais cliniques de médicaments et en assurer le suivi (Fuller, 2001). Les essais de médicaments sont une condition d'approbation essentielle des nouveaux médicaments dans la lucrative industrie pharmaceutique. Ces entreprises pourraient estimer qu'on limite leur accès au marché en les empêchant d'avoir accès au secteur des soins à domicile pour y faire des essais de médicaments. On pense également que l'équipement médical à domicile permet lui aussi de se faufiler dans le secteur des soins à domicile (Fuller, 2001). Fuller signale également (2001 : 20) que le département d'État des États-Unis estime à environ 1,1 milliard de dollars américains la valeur du marché canadien de l'équipement médical, qui comprend l'équipement pour les soins à domicile.

Si, un jour, les gouvernements voulaient restreindre les modes de prestation des services à domicile (p. ex. en exigeant qu'ils soient offerts uniquement par des organismes publics ou des organismes sans but lucratif), on pourrait y voir une violation des clauses de traitement national des deux accords et des dispositions sur l'accès aux marchés de l'AGCS (surtout si le Canada décidait d'élargir la couverture de l'AGCS des soins à domicile en inscrivant directement ces derniers à sa liste ou en les reclassifiant aux termes de l'accord). L'ALENA comme l'AGCS pourraient interdire que l'on favorise les fournisseurs de services sans but lucratif intérieurs dans tous les aspects des pratiques d'approvisionnement gouvernementales (Fuller, 2001)[20].

Les gouvernements pourraient ne plus pouvoir adjuger de contrats de services de soins à domicile en tenant compte, par exemple, des acquis des soumissionnaires en la matière. Étant donné que les organismes à but lucratif ont de tout temps compté sur des accords de financement spécialisés avec les autorités provinciales, dans le cadre desquels ces considérations jouaient un rôle essentiel, les processus d'appel d'offres, qui sont ouverts aussi bien aux sociétés sans but lucratif qu'aux sociétés à but lucratif, défavorisent les organismes sans but lucratif, s'ils ne menacent pas carrément leur existence.

De plus, durant le processus d'appel d'offres même, il est difficile pour les organismes sans but lucratif de faire concurrence aux organisations à but lucratif. Comme l'expliquait une source clé :

> *En Ontario, les Infirmières de l'Ordre de Victoria ont commencé à perdre des contrats (comme d'autres organismes sans but lucratif) parce qu'elles n'avaient pas les ressources internes nécessaires pour participer aux appels d'offres* [TRADUCTION].

S'il leur est impossible de répondre aux appels d'offres, ce n'est pas tant à cause de leur incapacité d'offrir des soins que parce que de nombreuses sociétés transnationales peuvent investir davantage de ressources dans les appels d'offres ou font des offres à bas prix (Browne, 2000). Comme le disait une autre personne que nous avons interrogée :

> *Les compagnies peuvent se permettre d'essuyer ces pertes dans l'espoir de rentabiliser leurs activités en cours de route. Les soins à domicile sont également un tremplin pour d'autres services, comme les essais cliniques de médicaments, qui rapportent gros* [TRADUCTION].

On risque peu de se tromper en disant que les gouvernements n'ont pas toute la latitude voulue pour réformer la santé parce que les accords peuvent restreindre leur faculté de ne consentir des fonds publics qu'aux fournisseurs de soins à domicile sans but lucratif. Selon Sanger (2001 : 99), « ces restrictions limiteraient la capacité des gouvernements d'offrir le plus économiquement possible des services de soins à domicile financés par les deniers publics » [TRADUCTION].

En Ontario, par exemple, l'élargissement de la *Loi canadienne sur la santé* pourrait déloger des fournisseurs de soins à domicile déjà fortement implantés dans le système de soins géré par la province. Cela se produirait, par exemple, si le gouvernement prenait, en tant que fournisseur public, le contrôle de la prestation directe des services actuellement offerts par ces compagnies ou s'il voulait les attribuer à des sociétés sans but lucratif. Certains analystes ont soutenu que « lorsque la prestation directe par le secteur public déplacerait des services commerciaux, le gouvernement prendrait en charge l'obligation de fournir les services en question. Il n'y aurait pas de prise de possession de biens de fournisseurs commerciaux pour le bénéfice de l'État » (CCPA, 2002 : 38). Étant donné l'ambiguïté générale du libellé de ces accords, cette situation pourrait toutefois ne pas se produire dans le cas des soins à domicile. Sanger (2001 : 106) souligne qu'un « autre pays membre de l'OMC pourrait faire valoir que la prestation publique de soins à domicile s'inscrit dans la continuité du monopole de l'État sur un service qui faisait partie du marché commercial des soins à domicile visé par les engagements spécifiques du Canada » [TRADUCTION]. L'accès aux marchés interdit le contingentement des fournisseurs qui pourraient offrir de tels services. Ces empêchements soulèvent aussi de sérieuses préoccupations quant à la capacité des gouvernements de réglementer les services de soins de santé sous le régime de l'ALENA aussi bien que celui de l'AGCS.

Réglementation et soins à domicile

On fait parfois valoir que les gouvernements ont de puissants pouvoirs de réglementation pour prouver que la nature publique du système canadien de soins de santé n'a rien à craindre de la prestation de soins à but lucratif. Les règlements se présentent sous diverses formes, qui peuvent comprendre des mesures ayant pour effet d'empêcher la création ou l'exploitation d'une entreprise de services en obligeant les investisseurs étrangers à se plier à un processus de sélection ou d'enregistrement, en restreignant le niveau ou la part d'appartenance étrangère et en exigeant une évaluation au cas par cas du mérite des firmes

étrangères (Epps, 2001). La réglementation détermine souvent les prescriptions en matière de titres et de licences ainsi que les normes techniques. Les prescriptions relatives aux titres renvoient, par exemple, à l'accréditation professionnelle et au niveau d'instruction requis. L'expression « prescriptions en matière de licences » couvre la réglementation professionnelle. Enfin, les normes techniques s'étendent aux règles d'exécution d'un service (Epps et Flood, 2001; Sinclair, 2000).

Selon la United States International Trade Commission, le pire obstacle à l'accroissement du commerce en santé est la présence de puissants mécanismes de contrôle réglementaire dans les systèmes de santé étrangers comme celui du Canada (Luther, 1999). Depuis 1999, le Groupe de travail sur la réglementation intérieure de l'AGCS étudie la façon de limiter les mesures réglementaires pour qu'elles « restreignent le moins possible le commerce » ou « ne soient pas plus rigoureuses qu'il n'est nécessaire pour assurer la qualité du service » (paragraphe 4 de l'article VI). Dans une communication préparée pour l'OCDE, David Luff (2002) décrit un certain nombre de mesures susceptibles d'être interprétées comme étant « plus rigoureuses qu'il n'est nécessaire ». Il s'agit notamment de l'obligation pour les professionnelles et professionnels de la santé d'être universellement accessibles, des limites imposées à la rémunération à l'acte, de la révocation des permis des médecins et des licences des établissements pour contravention aux prescriptions en matière de licences, et de l'obligation pour les hôpitaux ou les médecins de fonctionner sur une base non lucrative. Un expert commercial interviewé dans le cadre de notre étude a fait le commentaire suivant :

> *Ce qui me préoccupe au sujet de la réglementation intérieure, c'est qu'il y a toujours en théorie un moyen moins restrictif d'atteindre un objectif stratégique donné* (interview, 2002).

De fait, comme l'a déclaré Dean O'Hare, président de la Coalition of Service Industries (1999) : « Afin de mener des négociations constructives sur les services, les membres de l'OMC devront songer à faire des ajustements à leurs régimes réglementaires » [TRADUCTION]. La position de O'Hare cadre avec la conception et les priorités du commerce international visant l'élimination de ce que d'aucuns perçoivent comme des règles injustes « derrière la frontière » qui entravent le commerce des services. Il se pourrait par exemple que l'on juge inutilement encombrants les règlements, en vigueur au Canada, qui assurent l'accès universel aux services (Luff, 2002). Cela, bien entendu, comprend le régime d'assurance-maladie et tout élargissement proposé de ce que financent les deniers publics, comme les soins à domicile et leur mode de prestation.

Le CCPA (2002 : XI) fait valoir que « des considérations pratiques indiquent qu'il est peu probable que les dispositions des accords commerciaux entravent considérablement les réformes de la réglementation de la prestation des services de soins à domicile, mais il pourrait être plus difficile de faire volte-face dans le cas de certains changements ». Selon le CCPA, les règlements englobent la prestation directe des services, la mise en concurrence et les partenariats avec des fournisseurs sans but lucratif. Par ailleurs, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario est d'avis que les négociations actuelles de l'AGCS sur les disciplines réglementaires intérieures nuisent à la capacité de soutenir et d'améliorer le régime canadien d'assurance-maladie. Elle fait référence à la récente

proposition américaine demandant l'adoption de disciplines de l'AGCS sur la transparence dans les services de réglementation intérieurs. Elle cite le gouvernement du Royaume-Uni, qui a conclu que cette proposition « donnerait aux gouvernements étrangers, et peut-être aux entreprises, le droit légal en vertu de l'AGCS d'être consultés sur les projets de réglementation nationale » (Royaume-Uni, 2003a : 56).

Des modifications aux dispositions de l'AGCS sur la réglementation pourraient également amoindrir la capacité du gouvernement de la Colombie-Britannique de continuer à offrir des soins à domicile conformément aux modalités décrites dans le *Continuing Care Act* et le *Employment Standards Act* si on en venait à conclure que ces lois restreignent injustement le commerce. On pourrait également considérer que les mesures législatives qui ordonnent au ministre de la Santé de « veiller à ce que l'on continue en Colombie-Britannique d'offrir surtout des services de santé sans but lucratif » [TRADUCTION] (*Health Authorities Act, RSBC 1996, 1.3 Provincial Standards*) privilégient injustement les fournisseurs sans but lucratif.

Il se pourrait également que la *Loi de 2001 sur les sociétés d'accès aux soins communautaires* de l'Ontario, qui assure l'application de normes à l'échelle de la province, soit contestée. Cette contestation pourrait diminuer considérablement le pouvoir de la province de faire respecter d'autres ententes de services et règlements régissant les soins à domicile et, en particulier, de réglementer son actuel processus d'appel d'offres. Quand l'Ontario a décidé de passer à un régime de gestion de la concurrence, elle a spécifiquement protégé les organismes sans but lucratif lors des premiers appels d'offres[21]. Sous le régime de l'ALENA et de l'AGCS, il se pourrait qu'on ne puisse privilégier ainsi les fournisseurs canadiens sans but lucratif au détriment des fournisseurs étrangers à but lucratif. À l'heure actuelle, les demandes de propositions de services de soins à domicile obligent les soumissionnaires à bien connaître un milieu particulier et ses services. Encore une fois, un fournisseur étranger de l'extérieur de la province de l'Ontario pourrait contester cette prescription sous prétexte qu'elle est « plus rigoureuse que nécessaire ».

La réduction des risques associés au commerce en santé et la participation d'intervenantes et d'intervenants privés dépendent de la capacité d'appliquer des cadres réglementaires exécutoires (Marconini, 1998; OMS et OMC, 2002). Et la réglementation répond de plus en plus aux impératifs des engagements pris aux termes d'accords internationaux, ce qui complique la tâche des gouvernements de prioriser les objectifs stratégiques nationaux (Hart, 1998). Koivusalo et Rowson (2000 : 185) soutiennent que « les règlements et les normes visant à garantir la qualité et la sécurité des services de santé s'établiront de plus en plus avec l'assentiment de la communauté internationale. Les gouvernements devront donc formuler leurs politiques en tenant compte du contexte international » [TRADUCTION].

L'ALENA et l'AGCS pourraient également entraver la capacité d'établir des critères d'admissibilité pour l'agrément et l'octroi de licences (p. ex. les conditions d'agrément des fournisseurs de services). Les normes canadiennes d'agrément du personnel professionnel et technique des soins de santé pourraient être touchées. De plus, les prescriptions en matière d'octroi de licences et d'agrément sont souvent considérées comme des obstacles au

commerce des services parce qu'elles peuvent nuire à la concurrence entre les fournisseurs nationaux et étrangers en ne les traitant pas sur un pied d'égalité (Epps, 2001), surtout quand la main-d'oeuvre est traitée comme un produit négociable. Les pressions en faveur de « l'harmonisation vers le bas » des conditions d'octroi de licences pourraient mettre en danger la santé de la population canadienne (AIIAO, 2003). Il y a, est-il permis de penser, un lien synergique entre les moyens et les fins des politiques, et c'est là où les accords commerciaux prennent tout leur sens et dérangent peut-être le plus. Il n'est pas étonnant qu'une source clé nous ait recommandé de nous poser la question suivante :

> *Quel genre de cadre réglementaire souhaitons-nous pour les soins à domicile?* [TRADUCTION]

Peut-être faudrait-il également se demander à quel genre de cadre réglementaire il nous est permis d'aspirer en vertu des accords commerciaux.

Voici l'exemple d'une mesure prise aux États-Unis qui illustre la façon dont on pourrait réduire la portée des règlements sur les maisons de soins infirmiers s'ils étaient jugés coûteux. En 2001, le Congrès a éliminé les prescriptions juridiques visant la réduction des blessures au travail, habituellement causées par le soulèvement de lourdes charges, parce que les employeurs s'étaient plaints que les règles « obligeaient à apporter des changements accablants et coûteux et parce que de nombreux employeurs remettaient en question les preuves scientifiques sur lesquelles repose l'ergonomie » [TRADUCTION] (Strope, 2003 : 1). Récemment, on a adopté des lignes directrices en matière de sécurité et de santé au travail pour réduire le nombre croissant de blessures liées à l'ergonomie, qui sont le plus souvent subies par les travailleuses et travailleurs des services de santé et qui représentent le tiers du 1,7 million de blessures subies annuellement (Strope, 2003). Cependant, en raison des pressions exercées par le secteur des entreprises, ces nouvelles exigences sont « de nature consultative et informative. Il ne s'agit pas d'une *nouvelle norme ou réglementation et elles n'imposent aucune nouvelle prescription juridique* » [TRADUCTION] (c'est nous qui soulignons) (Strope, 2003 : 1).

Effets généraux et effets selon le sexe des contraintes à la marge de manoeuvre stratégique

Que l'on souhaite agrandir le champ d'application de la *Loi canadienne sur la santé* ou fixer des normes nationales pour certains services de soins à domicile, comme cela avait été convenu dans le cadre de l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé, l'ALENA et l'AGCS n'en réduisent pas moins notre marge de manoeuvre stratégique. Comme le disait un expert canadien de la santé et du commerce :

> *Si l'on tente d'élargir le système, il faut sans cesse se demander : « Y a-t-il des limites? »* [TRADUCTION] (2003).

La réduction de la marge de manoeuvre dont nous disposons pour élargir le système public de soins de santé pourrait également avoir pour effet de consolider et d'accroître l'investissement étranger et la prestation à but lucratif de soins à domicile au pays.

La privatisation accrue du système de soins de santé a des effets indubitables sur la prestation des services de soins à domicile par le secteur public. Certaines données portent à croire que la qualité du système public en souffre (Armstrong et coll., 2002). Pour reprendre les propos d'un de nos experts internationaux sur la mondialisation :

> *Changer le mode de prestation des soins à domicile change la qualité des soins. Maximiser les profits revient à embaucher au moindre coût et à faire le strict minimum par malade. Le commerce ne devrait pas faire abstraction du pouvoir de fixer des normes convenables pour la prestation des soins de santé, ni de la capacité de surveiller les soins à l'aide des bons indicateurs* [TRADUCTION].

Dans le cas du secteur des soins à domicile, l'échec des changements apportés aux politiques dans le but d'accroître le financement public et de fixer des normes nationales en matière de prestation de services a provoqué de fortes asymétries hommes-femmes. Au niveau le plus général, si la mise en oeuvre de normes nationales de soins à domicile était entravée, on continuerait à offrir un ensemble disparate de services et de programmes de soins à domicile. La composition des soins à domicile dispensés varie d'une province ou d'un territoire à l'autre. Chaque province décide de la gamme de services de soins à domicile qui seront offerts. Les normes d'admissibilité aux soins à domicile varient, tout comme les coûts pour les prestataires et les bénéficiaires. À bien des endroits, il faut acquitter des frais modérateurs pour recevoir des services de soins à domicile. Compte tenu de l'imposition de limites sur les services, seuls les plus nantis ont les moyens d'acheter les services de soins et de répit nécessaires. Selon d'abondantes données, comparativement aux hommes, les femmes obtiennent moins de soins que ce qu'il leur faudrait et n'ont pas autant les moyens de s'en payer (Greaves et coll., 1999).

En deuxième lieu, la privatisation accrue coûte plus cher au public et aux gouvernements, qui doivent délier encore plus les cordons de leur bourse afin d'administrer les processus de passation des marchés, de surveiller le travail des fournisseurs à but lucratif et d'évaluer leur rendement. Elle réduit l'obligation de rendre des comptes au public et accroît les possibilités de corruption dans la prestation des services de soins à domicile. Par exemple, la société Olsten (qui porte maintenant un nouveau nom), présente en Ontario, a récemment versé 61 millions de dollars au département de la Justice des États-Unis pour avoir commis des infractions criminelles dans la facturation de ses services de soins à domicile en sol américain (Sutherland, 2001). La privatisation pourrait également réduire les possibilités de mobilisation de la population, essentielles à l'élaboration de politiques éclairées sur la santé et à la prise de décisions informées.

L'augmentation des frais de prestation des services pourrait s'accompagner d'une rupture de continuité des soins. Quand, au milieu des années 1990, la province du Manitoba a utilisé les services de la société Olsten, elle s'est rendu compte au bout d'un an que la prestation des services à but lucratif était non seulement plus coûteuse, mais qu'elle compromettait également la qualité des services (Shapiro, 1997; Vogel et coll., 2000). Plus particulièrement, la clientèle d'Olsten se plaignait d'un roulement constant du personnel et du fait que « différentes

personnes se présentaient constamment à la porte » [TRADUCTION] (Fuller, 2001 : 49), ce qui nuisait à la continuité des soins. Qui plus est, on a plus tard déterminé que les travailleuses et les travailleurs en soins à domicile d'Olsten visitaient deux fois moins souvent la clientèle que ne le faisaient leurs homologues des organismes publics de soutien à domicile (Price Waterhouse Coopers, 1998). En dernière analyse, « on a conclu que les soins seraient mieux et plus efficacement donnés par des employées et employés du gouvernement que par du personnel d'organismes retenus en sous-traitance » [TRADUCTION] (Sanger, 2001 : 106).

En Ontario, l'avènement de la concurrence dirigée et l'augmentation des investissements étrangers privés ont occasionné la prestation de services en double, des pratiques du personnel non efficientes, un excès de formalités administratives et de profits, la perte de contrôle des normes par le secteur public, un rétrécissement de l'accès, le déclin de l'efficience et une moindre qualité de vie pour les personnes soignantes et les malades (Browne, 2000; OHCb, 2001; Sutherland, 2001). Soulignant les coûts du régime de gestion de la concurrence, Sutherland (2001) concluait que le démantèlement du système d'appels d'offres permettrait de dégager 247,4 millions de dollars du budget consacré aux soins à domicile et d'affecter directement cette somme aux soins des malades.

Il y a, il faut le dire, des différences marquées entre les organismes à but lucratif et les organismes sans but lucratif dans la prestation de soins aux malades. D'ordinaire, les sociétés à but lucratif se dotent de rigoureuses lignes directrices pour les soins aux malades, notamment sur le temps consacré à chaque malade. Les bons soins se fondent toutefois sur des évaluations individuelles et sur les besoins de chaque malade. Non seulement les lignes directrices de ce genre compromettent-elles la santé des malades, mais les travailleuses et travailleurs des soins à domicile ont l'obligation de se rendre au chevet d'un plus grand nombre de malades en moins de temps et avec moins de moyens, ce qui nuit directement à la qualité des soins aux malades et, à long terme, à la continuité des soins.

Les changements aux services de soins à domicile qui ont pour effet de restreindre le financement public et la prestation de ces soins nuisent également à l'accessibilité des services, tant pour les bénéficiaires que pour les prestataires de soins informels. En raison de l'abandon de services et de la présence accrue de fournisseurs privés, il est de plus en plus difficile de trouver des soins à domicile abordables. Au fur et à mesure que des services sont supprimés, les malades et leur famille payent une part grandissante des dépenses de santé. Les frais modérateurs constituent des obstacles pour les femmes, en raison du statut socioéconomique de celles-ci (CEDAW, 2003). En Ontario, par exemple, on signale que les femmes forment le groupe dont les besoins en santé sont les moins satisfaits sous le régime de gestion de la concurrence (Browne, 2000).

Quand le couperet tombe, les malades et la clientèle qui en ont les moyens achètent des soins complémentaires auprès de sociétés privées qui vendent de l'assurance et fournissent des services. Les assureurs privés ciblent souvent les personnes bien nanties et fournissent les services les plus susceptibles d'être lucratifs. Dans un système à deux vitesses, le système privé cherche ordinairement à offrir des services supérieurs aux personnes dont le revenu disponible est élevé, tandis que le système public offre seulement des services

de base aux personnes à faible revenu, y compris les femmes (Blacklock, 2000). Les assureurs privés peuvent aussi refuser d'assurer les personnes jugées à risque élevé (Epps, 2001). De plus, le principe du traitement national interdit l'application de tout règlement discriminatoire à l'endroit des assureurs étrangers, si bien qu'il pourrait être difficile pour le gouvernement de réglementer l'industrie de l'assurance privée afin d'éviter ces iniquités.

Ajoutons que les femmes sont moins susceptibles que les hommes de se voir offrir des prestations de soins complémentaires au travail (Armstrong et coll., 2001). On voit également, à l'écart qui existe entre les hommes et les femmes au chapitre de l'assurance médicale complémentaire, qu'une privatisation accrue réduirait l'accès des femmes aux services de soins à domicile par l'entremise de régimes d'assurance privée. À l'heure actuelle, à peine 47,3 % des femmes, comparativement à 58,9 % des hommes, ont une assurance médicale supplémentaire (Fuller, 2001). Les résidentes et résidents de la Colombie-Britannique doivent déjà payer des primes pour avoir accès au système public de soins de santé.

Les services de soins à domicile sont moins abordables pour les femmes parce qu'elles touchent un revenu généralement inférieur à celui des hommes et sont habituellement plus susceptibles de vivre dans la pauvreté, surtout les femmes âgées et les femmes autochtones (Lochhead et Scott, 2000). Il ne faut pas trop s'en surprendre, car on estime qu'il en coûte entre 3 000 $ et 5 000 $ par mois pour obtenir des soins de longue durée (CEDAW, 2003). Les soins à domicile coûtent environ entre 30 $ et 38 $ l'heure pour les services d'infirmières ou d'infirmiers autorisés ou d'infirmières ou d'infirmiers auxiliaires autorisés, et entre 14 $ et 19 $ l'heure pour les services d'auxiliaires médicales et médicaux (Insurance Canada, 2003). Ces coûts sont trop élevés pour la plupart des Canadiennes, qui gagnent en moyenne 23 796 $ par année (Statistique Canada, 2000a). Les femmes autochtones touchent quant à elles un revenu annuel moyen de 14 640 $ (Statistique Canada, 2000a), et la majorité des Canadiennes âgées ne reçoivent pas de pension de leur ancien employeur (Statistique Canada, 2000a).

Ainsi, le poids des coûts et conséquences socio-économiques déjà lourd pour les prestataires et les bénéficiaires des soins s'en trouverait accru. La réduction de l'accès aux services publics alourdirait le fardeau des femmes en ce qui touche la prestation de soins. Les réformes de la santé de la dernière décennie ont entraîné une augmentation du nombre d'heures de travail non rémunéré chez les prestataires de soins informels, en majorité des femmes, et une baisse du nombre d'heures de travail rémunéré chez les prestataires de soins formels (Armstrong et coll., 2003). La recherche montre que les prestataires de soins informels paient déjà un lourd tribut sous forme de frais et de conséquences de toutes sortes sur les plans personnel et économique, de même que sur ceux de la santé et de l'emploi. Si de nombreuses femmes veulent prendre soin d'autrui et sortent enrichies de l'expérience, elles ne disposent pas de ressources suffisantes et n'ont généralement pas grand choix lorsque vient le temps d'entreprendre ce travail (Armstrong et coll., 2003; Greaves et coll., 2002). Tout repli supplémentaire par rapport aux services et programmes actuellement disponibles ne fera qu'alourdir le fardeau des femmes au chapitre de la prestation de soins.

Si l'on réduisait les services de soutien et les ressources à la disposition des prestataires de soins informels, les blessures et maladies qui en résulteraient pourraient également faire grimper les coûts des soins de santé. Cette augmentation pourrait hypothéquer davantage le système de soins de santé, et même se propager à d'autres secteurs, tels que les services sociaux et l'aide sociale. L'alourdissement du fardeau des soins pourrait avoir d'autres conséquences sur la vie personnelle et les objectifs de carrière des femmes (Canadian Study of Health and Aging Working Group, 1994), notamment la difficulté de concilier leurs multiples rôles, dont les femmes soignantes font déjà état (Higgins et coll., 1994; Lowe, 1989; Neal et coll., 1993; Simon, 1995).

En troisième lieu, la prestation accrue de soins non rémunérés modifierait les tendances de l'emploi. On sait que la prestation de soins nuit au travail, car elle oblige la ou le prestataire à s'absenter, à prendre des congés de maladie, à faire des heures irrégulières et à consacrer du temps de travail à la prestation de soins (Parent et coll., 2001). Fast et coll. (2001) estiment que les soignantes qui quittent leur emploi rémunéré pour faire du travail non rémunéré peuvent renoncer à des revenus annuels allant de 15 000 $ à 26 000 $. Ces perturbations de l'emploi et leurs conséquences financières ne peuvent qu'empirer.

La quasi-totalité des prestataires de soins formels sont des femmes, si bien que les changements aux conditions de travail résultant de la privatisation entraînent forcément des changements pour les femmes. Les prestataires de soins formels à l'emploi de sociétés à but lucratif voient diminuer leur salaire, leurs avantages et leur sécurité d'emploi, qui sont tous d'importants déterminants de la santé (Browne, 2000). Selon une source clé :

> *Comme les soins à domicile sont de plus en plus offerts par le secteur privé, les salaires des prestataires de soins à domicile et de la main-d'oeuvre de soutien à domicile dégringolent... surtout dans certaines régions, principalement en Ontario, mais si on regarde dans d'autres régions, comme les Maritimes, où le salaire se situe entre six et sept dollars l'heure, la situation est scandaleuse* [TRADUCTION].

Les prestataires de soins formels sont contraints à redoubler leurs efforts et à travailler plus vite en ayant moins de contrôle sur leur travail (Fuller, 2001). Cette pression accentue leur stress, avec ce que cela comporte de problèmes de santé, et les amène à s'absenter du travail. Le stress au travail est la cause bien connue d'une myriade de problèmes de santé, tels que les maladies du cœur et le cancer, surtout chez les femmes (Bosma et coll., 1997). En outre, les travailleuses et travailleurs sont généralement moins bien payés, ce qui a pour conséquence de compromettre les compétences, la formation et l'expertise du personnel des soins de santé de l'industrie des soins à domicile. Les travailleuses et travailleurs font aussi état d'un manque d'esprit d'équipe dans la prestation des soins, de stress, de taux de roulement élevés et d'une continuité décroissante des soins aux malades (Sutherland, 2001).

En Ontario, par exemple, le régime de concurrence dirigée a provoqué des difficultés particulières pour le recrutement et le maintien du personnel. Certaines difficultés découlent des disparités salariales croissantes entre le personnel des hôpitaux et la main-d'oeuvre des soins à domicile. Toujours en Ontario, le processus d'appel d'offres de prestation de soins à

domicile a fait baisser les salaires des infirmières et infirmiers à domicile dans une proportion de 3 % à 13 % (Lowry, 2002). Cette baisse pourrait en retour compromettre la sécurité des malades (Fuller, 2003). Le fait de s'attaquer aux bienfaits des services sans but lucratif peut aussi nuire à la cohésion sociale et à l'égalité sociale (Vogel 2000).

Les femmes qui dispensent des services de soutien à domicile voient aussi leurs salaires diminuer et leurs conditions de travail s'appauvrir. Les femmes, les nouvelles immigrantes et nouveaux immigrants ainsi que les membres des cultures minoritaires accomplissent le gros de ce travail. Les principes du traitement national et de l'accès aux marchés obligeront peut-être à privatiser davantage le secteur, ce qui créerait une nouvelle sous-classe de travailleuses et de travailleurs de la santé ayant une moins grande sécurité d'emploi et touchant moins d'avantages sociaux, ainsi que des salaires plus bas. La privatisation pourrait plus particulièrement compromettre les prescriptions en matière de licences, de titres de compétence et d'autres normes.

L'ouverture des services de soutien à domicile (p. ex. le nettoyage et la préparation des repas) aux marchés étrangers ne tient aucun compte des coûts ordinairement plus élevés des services privatisés et de la dégradation possible de la qualité des services (Fuller, 2001; Cohen, 2001). Ces types de services de soutien sont des déterminants essentiels de la santé, tant dans les hôpitaux qu'à domicile. La preuve en a été faite en Colombie-Britannique, province où les services d'entretien ménager ont été éliminés pour les personnes handicapées et les personnes âgées fragiles (Pollack, 2000). De plus, en comparant deux régions du Canada (l'entretien ménager avait été éliminé dans l'une et conservé dans l'autre), Hollander (2002) a constaté que la première payait 4 000 $ de plus en soins de santé par personne touchée.

Les gains réalisés par les travailleuses des soins de santé pourraient aussi être compromis, puisque la tendance serait au desserrement des normes et à la déqualification des emplois du secteur de la santé. Au Canada, par exemple, les services hospitaliers (préparation des repas, ménage, etc.) sont en voie de privatisation et l'on établit une équation entre ces emplois et ceux du tourisme d'accueil, bien qu'ils soient essentiels à la santé et au bien-être des malades hospitalisés (Armstrong et coll., 2003; Cohen, 2001).

En bout de ligne, le manque de marge de manoeuvre nécessaire pour faire des changements de fond afin d'élargir les soins publics à domicile pourrait mener à d'autres privatisations et accentuer les inégalités entre les sexes pour ce qui est de la prestation des soins. Comme nous l'expliquait un de nos experts sur le genre et le commerce :

> *L'impact sur les femmes sera négatif. Si l'on vise à faire des profits, la qualité et la quantité en souffriront et les salaires diminueront. Pas de vacances, faible statut. Et que se passera-t-il quand les gens n'auront pas les moyens de se payer ces services ou quand le gouvernement décidera tout simplement de ne pas le faire? Les gens succomberont-ils simplement plus vite à leur maladie? La responsabilité d'en prendre soin retombera sur le dos de membres de la famille, de voisins et de groupes confessionnels, c'est-à-dire surtout des femmes, bien sûr* [TRADUCTION]

Il est impératif, au moment d'élaborer des politiques et de faire de la planification dans les domaines du commerce et de la santé, de tenir convenablement compte de l'impact potentiellement différent que peut avoir sur les femmes l'alourdissement du fardeau de la prestation de soins. Sous le régime de l'ALENA aussi bien que de l'AGCS, il serait difficile de renverser ces tendances, à plus forte raison les décisions (p. ex. l'avènement de la concurrence dirigée en Ontario) à leur origine (CCPA, 2002). Il se pourrait très bien que les expériences de partenariats entre les secteurs public et privé rendent un jour le Canada captif des mécanismes de l'AGCS (Sexton, 2001), ce qui opposerait les intérêts des gouvernements à ceux de l'entreprise privée.

Leçons d'autres pays

Il y a généralement une corrélation entre les soins de santé à but lucratif, d'une part, et la détérioration des résultats pour la santé ainsi que l'augmentation des taux de morbidité et de mortalité (Deber, 2002), d'autre part. Des études effectuées aux États-Unis et en Grande-Bretagne révèlent que les fournisseurs à but lucratif sont moins efficaces ou responsables, affichent des ratios personnel-malades moindres et consacrent moins d'argent aux services aux malades, et que des manquements à la qualité du service leur sont plus fréquemment attribuables (Harrington et coll., 2001; Himmelstein et coll., 1999). On a dit que le système américain est le « système le plus coûteux, le plus inefficace [et] le plus inéquitable au monde » [TRADUCTION] (Relman, 2002).

Dans les années 1990, les OSSI à but lucratif des États-Unis ont consacré environ 90 % des revenus tirés des primes au paiement des soins à leurs membres. Les sociétés à but lucratif en ont versé de 68 % à 76 % (Fuller, 2001). De plus, une étude publiée en 1999 dans le *Journal of the American Medical Association* révèle que les organismes à but lucratif ont obtenu de moins bons résultats que leurs vis-à-vis sans but lucratif en regard de 14 mesures de la qualité (Himmelstein et coll., 1999).

On constate, à les comparer, que les hôpitaux à but lucratif offrent systématiquement des soins de qualité inférieure à ceux des hôpitaux sans but lucratif. Les auteurs d'une étude réalisée auprès de 15 000 malades et publiée dans le *Journal of General Internal Medicine* (Thomas et coll., 2000) constatent que les personnes soignées dans les hôpitaux à but lucratif étaient au moins deux fois plus susceptibles de subir des complications postopératoires ou de tarder à recevoir un diagnostic ou des soins. Après avoir fait une analyse systématique des hôpitaux à but lucratif et des hôpitaux sans but lucratif aux États-Unis, Devereaux et coll. (2002) concluent que le nombre annuel de décès dans les hôpitaux pourrait augmenter de 2 000 si le Canada adoptait un système à but lucratif.

Dans une étude américaine récemment effectuée auprès de 13 693 maisons de soins infirmiers et publiée dans l'*American Journal of Public Health*, on conclut que les maisons de soins infirmiers à but lucratif offrent des soins d'une qualité de près de deux fois inférieure à la qualité des soins offerts par leurs concurrentes sans but lucratif. On a découvert un lien entre la qualité des soins et de moindres effectifs d'infirmières et d'infirmiers autorisés et d'aides-infirmières et infirmiers (Harrington et coll., 2001). En 1993, selon Meyer (1997), les sociétés de soins à domicile à but lucratif faisaient 18 visites par année en moyenne, comparativement à 46 pour les pourvoyeurs publics et sans but lucratif.

Commentant l'industrie américaine des soins de santé à but lucratif, Kuttner (1999 : 665) conclut que « dans une industrie dirigée par des compagnies appartenant à des investisseurs, la promesse initiale de gérer les soins – par une utilisation plus efficiente des ressources disponibles et une meilleure intégration des services de prévention et de traitement – a souvent dégénéré en un simple évitement des coûts » [TRADUCTION]. L'évitement des coûts peut se traduire par des services de santé réduits ou compromis qui nuisent à la santé des bénéficiaires. Il n'est pas rentable s'il compromet la santé et occasionne des dépenses de santé. La privatisation et la promotion du commerce des services de santé peuvent donc donner des « systèmes de santé moins efficaces, plus coûteux et inéquitables » [TRADUCTION] (Koivusalo et Rowson, 2000 : 185).

Conclusion

Notre système national de santé est lié d'une manière inextricable à la mondialisation et aux accords commerciaux . Les divers ordres de gouvernement, qu'ils formulent des politiques, fixent des normes ou rédigent des mesures législatives, doivent tenir compte de cette conjoncture internationale (Koivusalo et Rowson, 2000).Elle a pour conséquence directe de restreindre la liberté dont ils disposent pour établir des politiques nationales en matière de santé. Ainsi, bien que la plupart des Canadiennes et des Canadiens veulent bénéficier d'un système de soins de santé financé par l'État, l'ALENA et l'AGCS réduisent la marge de manoeuvre du Canada dans le domaine des politiques de la santé. Les effets éventuels, tels qu'ils sont ici décrits, se feraient sentir de différentes façons au sein de la population canadienne.

Plus précisément, ce sont les femmes qui souffriraient particulièrement des inégalités. Ce sont elles qui représentent la majorité des prestataires de soins rémunérés et non rémunérés et qui auraient le plus à gagner d'une réforme des soins à domicile et d'une augmentation des services de soins à domicile financés par l'État. L'analyse préliminaire montre la nécessité de réaliser une analyse comparative entre les sexes systématique afin d'éclairer la prise de décisions stratégiques dans le domaine des accords commerciaux et du système canadien de soins de santé.

5. RECOMMANDATIONS

Nous nous sommes inspirées, pour catégoriser les recommandations du présent rapport, d'un cadre pratique adapté des travaux de Walt et Gibson (1994) et nous y joignons une ACS. Dans leurs travaux sur la santé dans le contexte de la mondialisation, Walt et Gibson recommandent l'analyse de quatre volets des politiques.

- Intervenantes et intervenants stratégiques (Qui formule les politiques?)
- Processus d'élaboration des politiques (Quels types d'interaction et de relations déterminent les politiques?)
- Contexte stratégique (Quels sont les grands facteurs de mondialisation?)
- Contenu stratégique (Autour de quels grands enjeux ou questions de contenu la politique sur la santé s'articule-t-elle?)

Intervenantes et intervenants stratégiques

- Sur le plan international, l'Organisation mondiale du commerce et l'Organisation mondiale de la santé doivent se consulter et collaborer davantage à la recherche pour assurer l'équilibre entre les intérêts commerciaux et les priorités en santé publique. Cette collaboration doit mettre à contribution des spécialistes des domaines du genre et de la santé des femmes.
- Sur la scène internationale, les groupes de femmes et les ONG oeuvrant dans le domaine de la justice sociale qui s'intéressent aux dimensions des politiques commerciales que sont la santé et le genre devraient entretenir une meilleure collaboration.
- Le Canada devrait s'allier à d'autres pays qui ont des préoccupations semblables aux siennes en ce qui concerne la santé des femmes et qui sont soucieux de protéger les systèmes publics de soins de santé et d'autres services sociaux.
- À l'échelle nationale, nous devons ajouter aux grands protagonistes de l'élaboration de la politique commerciale en relation avec la santé (p. ex. le MAECI, Santé Canada et le GCSCE – Produits et services médicaux et de soins de santé) des spécialistes du genre, venant par exemple de Condition féminine Canada et du Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada. Ces spécialistes devraient participer constamment et de façon constructive à l'élaboration de la politique commerciale. Un expert du genre et de la mondialisation interrogé a fait valoir ce point :

> *Il est très rare que l'on s'intéresse aux liens entre les femmes, le commerce et la santé. Peu de gens étudient ce domaine* (2002) [TRADUCTION].

- Il devrait y avoir une plus grande pluralité d'intervenantes et d'intervenants stratégiques de l'État, du secteur privé et de la société civile. Ces protagonistes devraient provenir d'un échantillon représentatif de groupes et d'organisations spécialisés à vocations diverses, allant des femmes à la politique sociale, en passant par l'inégalité sociale, les questions syndicales, le genre, la diversité et la mondialisation.

- Il faudrait élargir et renforcer les mécanismes de mobilisation des citoyennes et citoyens, surtout pour faciliter la participation des femmes les plus touchées par le système de soins de santé. Les femmes représentent la majorité de la clientèle et de la main-d'oeuvre des soins de santé, ce qui leur donne une expertise particulière susceptible d'éclairer la politique sur la santé.

Processus d'élaboration des politiques

Transparence

- Améliorer la transparence des négociations commerciales, y compris des appels d'offres et des offres de tous les pays. À l'heure actuelle, « les négociations... n'ont pas la transparence requise pour tenir convenablement compte du point de vue de la société civile, et elles subissent la puissante influence de certaines industries et de certains intérêts commerciaux » [TRADUCTION] (Ranson et coll., 2002 : 36). Un expert de la santé et de la politique commerciale que nous avons interviewé a ajouté ce qui suit :

> *On affirme en général que les pratiques commerciales d'hier et, dans une très large mesure, celles d'aujourd'hui sont contrôlées par les initiés, c'est-à-dire par le département du commerce de l'OMC et par les ministres du Commerce des États membres. Ce contrôle a lieu dans une tour d'ivoire* (2003) [TRADUCTION].

- Promouvoir la participation d'une vaste gamme de groupes d'intérêts féminins, y compris les voix dissidentes à la table des négociations commerciales.

- Assurer une plus grande transparence des différends commerciaux. En janvier 2003, le Canada a proposé que les audiences du groupe spécial et de l'organe d'appel de l'OMC soient ouvertes au public.

- Le MAECI et le processus intergouvernemental devraient clairement articuler et dévoiler les mécanismes utilisés pour mettre à contribution les femmes, les organisations féminines et les ministères provinciaux et fédéral responsables de la condition féminine et, plus particulièrement, de la santé des femmes.

Obligation de rendre compte

- Evaluer soigneusement l'impact sur le système de soins de santé de chacun des engagements commerciaux touchant la santé que prendra le Canada dans le cadre des négociations commerciales, notamment en faisant une analyse des incidences sociales

selon le sexe. Un expert de la santé et de la politique commerciale que nous avons interviewé a déclaré :

> *Il faut s'interroger sur le degré de transparence au pays et sur la façon dont les accords commerciaux sont mis à l'essai. Il est crucial de le faire parce qu'ils ne le sont pas [mis à l'essai]. Une fois convenus à l'OMC, ces accords sont présentés au Parlement sans possibilité de débat ou de modification. Ils ne font l'objet d'aucune espèce d'étude parlementaire* [TRADUCTION].

Toute décision doit relever d'une pleine compréhension des avantages et des inconvénients de la libéralisation du commerce.

- Reconnaître et utiliser les preuves dont nous disposons de l'impact démesuré de la libéralisation du commerce des services sur les femmes et continuer d'étudier l'impact des accords commerciaux sur les services publics. Les arguments en faveur d'un accroissement de la libéralisation et de la privatisation du commerce s'appuient souvent sur l'hypothèse erronée voulant que la croissance économique soit synonyme de meilleurs soins de santé et d'un meilleur accès à ceux-ci, et que les échanges innovateurs de technologie et d'expertise en soins de santé ne puissent avoir lieu qu'en régime privatisé. Des preuves montrent déjà que la privatisation mine les soins de santé et les normes du travail, ghettoïse encore plus des travailleuses déjà marginalisées et met en danger la santé des populations, surtout des femmes et des enfants.

- Enrichir la preuve afin de corroborer les données avancées par les chercheuses féministes au terme d'analyses comparatives entre les sexes et d'analyses des incidences sociales selon le sexe.

- Améliorer les communications et l'échange d'information avec les groupes de femmes, les associations de la santé, les syndicats et d'autres groupes pertinents. Récemment, l'AIIAO (2003 : 7) a déclaré « que les organisations comme la nôtre qui seraient en mesure de conseiller le gouvernement… se voient refuser l'information qui leur permettrait de le faire » [TRADUCTION].

- Diffuser, par divers moyens, davantage d'information sur les accords commerciaux à la population canadienne. Un expert de renommée internationale de la mondialisation et du commerce que nous avons interviewé a déclaré :

> *Il faut renforcer la liberté d'information, d'autant plus qu'il est impossible d'évincer les intervenantes et intervenants du commerce international, qui, d'une certaine façon, sont très éloignés. Les médias doivent s'intéresser à la question et le public doit savoir très clairement ce qui se passe* (2003) [TRADUCTION].

Autonomie de l'État

> *L'architecture internationale du commerce transforme le pouvoir des nations de décider de leur politique sociale* (expert en mondialisation, interview, 2002) [TRADUCTION].

- Comme l'indique la citation qui précède, les pays doivent avoir une plus grande autonomie afin d'atteindre un juste équilibre entre le commerce et un système de soins de santé financé par l'État. Se demandant à quel point cet équilibre est possible, un expert international du commerce fait la mise en garde suivante :

> *Quoi qu'en dise le Canada [sur les engagements commerciaux en santé], ce n'est pas lui qui aura le dernier mot, mais le groupe spécial de règlement des différends de l'OMC* (2002) [TRADUCTION].

Contexte stratégique

- Assurer un équilibre entre les intérêts commerciaux, d'une part, et les droits humains des femmes, la justice sociale et les priorités du développement humain, d'autre part. Des organisations comme les Nations Unies (p. ex. UNIFEM) et l'Organisation internationale du travail doivent participer plus activement aux négociations commerciales.

- Veiller à ce que les accords commerciaux accordent une marge de manoeuvre suffisante pour qu'il puisse y avoir des divergences entre les systèmes de santé des pays membres de l'OMC. Le Canada doit pouvoir formuler des politiques, appliquer des règlements convenables et verser des subventions pour la prestation d'un système de soins de santé financé par l'État. Il doit aussi avoir le pouvoir d'élargir son système public de soins de santé.

- S'assurer d'avoir la marge de manoeuvre nécessaire pour modifier des engagements commerciaux sans la menace de concessions commerciales ou d'une compensation financière.

- Il faut mieux comprendre les iniquités provoquées par la mondialisation de l'économie et l'impact de celle-ci sur les femmes, sur d'autres segments de la population et sur les personnes. Il faut également mieux s'y adapter.

- Voir à ce que le gouvernement canadien respecte les engagements nationaux et internationaux qu'il a pris en matière d'équité entre les hommes et les femmes dans le monde, par exemple aux termes de la *Charte canadienne des droits et libertés (1982)*, du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, et de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) (1979). Condition féminine Canada pourrait jouer un rôle de premier plan au chapitre de la formation sur l'intégration de l'égalité entre les sexes dans le contexte des accords commerciaux.

- Tous les ordres de gouvernement du Canada doivent connaître les répercussions de leurs décisions stratégiques. Les tentatives de partenariat entre les secteurs public et privé mettent en danger les services actuellement protégés par la *Loi canadienne sur la santé*. De plus, toute privatisation ultérieure de la prestation des services pourrait empêcher les gouvernements d'élargir le champ d'application de la *Loi canadienne sur la santé* ou de payer davantage de services au moyen des fonds publics.

Contenu stratégique

- Il faut clarifier la terminologie des accords commerciaux, surtout les notions de « service établi ou maintenu à des fins d'intérêt public » et de « pouvoir gouvernemental ». Un expert réputé de la santé et du commerce est d'avis que :

  > *Les accords de l'AGCS ont été gardés vagues à dessein pour que les pays membres y adhèrent. On s'entend généralement pour dire qu'ils ne seront pas modifiés, mais qu'ils devraient l'être* (2002) [TRADUCTION].

  Le libellé des accords est effectivement très général et rend plus ou moins fidèlement compte du caractère public-privé du système canadien de soins de santé.

- Le gouvernement canadien doit protéger tous les services du secteur public. L'un des moyens d'y parvenir dans le cadre de l'AGCS est de réinterpréter ou de modifier le paragraphe 3 de l'article I pour qu'il soit « auto-défini », c'est-à-dire, pour permettre aux gouvernements d'exclure ce qu'ils veulent afin de renforcer le système public (modelé sur la clause de sécurité figurant à l'article 14 de l'AGCS). Un expert du commerce et de la santé renchérit :

  > *Les mesures prévues à l'accord ne relèvent pas entièrement des gouvernements membres. Elles sont définies au paragraphe 3 de l'article premier, source de grande confusion. Personne n'est capable d'en déchiffrer le sens exact* (2002) [TRADUCTION].

  Nous devons par ailleurs interpréter l'annexe II de l'ALENA de façon à y inclure tous les services publics, qu'ils soient dispensés et financés par l'État ou le secteur privé.

- Protéger la *Loi canadienne sur la santé*. Un expert du genre et de la santé a indiqué ce qui suit :

  > *Je déconseille d'ouvrir la* Loi canadienne sur la santé *...en partie parce que... les accords commerciaux [pourraient] la remettre en question* (2003) [TRADUCTION].

- Faire une déclaration sans équivoque et cohérente de ce qui est assujetti aux accords commerciaux internationaux et de ce qui en est protégé. Un expert canadien du commerce a donné l'explication suivante :

> *Le Canada doit préciser clairement ses objectifs. Dans le passé, nous ne l'avons pas fait suffisamment – nous n'étions pas assez conscients de la nécessité de le faire. Dès qu'ils mettent en oeuvre de nouveaux programmes de santé [p. ex. les soins à domicile], les gouvernements doivent signifier sans équivoque qu'ils le font dans l'INTÉRÊT DU PUBLIC.*

- Ce qui protège actuellement notre système de soins de santé, ce sont les exceptions et les réserves, plutôt que les règles de l'ALENA et l'AGCS. Il y aurait lieu de changer cela, car l'apparente préséance des règles sur les exceptions (Ouellet, 2002) pourrait obliger le Canada à protéger l'actuel système de soins de santé de façon réactive, plutôt que proactive. Commentant la délimitation du secteur de la santé par le gouvernement, un expert de la mondialisation nous a dit :

> *Le découpage du gouvernement est faible sur le plan de la santé. [Il] vaudrait mieux accorder à la santé la même protection que celle dont bénéficie actuellement la sécurité nationale* (interview, 2002).

Prochaines étapes : un programme de recherche

Le commerce est de plus en plus complexe et multilatéral. Sans analyse appropriée, c'est-à-dire sans analyse comparative entre les sexes, le système canadien de soins de santé pourrait continuer à subir les contrecoups des accords commerciaux. Les femmes et certains groupes socioéconomiques de la société en ressentiront sans doute les effets plus durement que quiconque.

Surveillance continue et évaluation

Récemment, le gouvernement fédéral a accepté la recommandation du Comité permanent des affaires étrangères et du commerce international (2002), qui demande qu'il [le gouvernement fédéral] « effectue un examen de l'incidence des engagements actuels aux termes de l'AGCS sur la prestation effective par les gouvernements canadiens de services de santé, d'éducation et sociaux et sur la réglementation qui les régit, et qu'il en publie les résultats ». Il est particulièrement important de faire des recherches de ce genre au fil de la participation du Canada aux prochaines rondes de négociation.

L'examen de la relation entre les engagements commerciaux actuels du Canada et la capacité d'établir des politiques intérieures sur la santé ne suffit pas. La surveillance et l'évaluation doivent aussi tenir compte de l'effet du commerce et des traités commerciaux sur l'état de santé et les déterminants de la santé de toute la population, en particulier des personnes qui sont souvent les plus touchées par les changements d'orientation sociale (p. ex. en raison de leur sexe, de leur classe, de leur race ou de leur origine ethnique).

Des recherches portant précisément sur les femmes pourraient être faites à partir des questions proposées par l'OMS (2002) pour tenter d'évaluer l'AGCS et le commerce des services de santé. Il serait opportun de se poser les questions suivantes :

- Où observe-t-on une présence commerciale étrangère?
- Quels sont les effets d'une présence commerciale étrangère sur les services de santé et sur les femmes?
- Quels sont, plus généralement, les effets sociaux, économiques et environnementaux d'un accroissement du commerce des services sur les femmes?
- Comment les accords commerciaux internationaux influent-ils sur la capacité des gouvernements d'atteindre leurs objectifs de santé publique et de s'acquitter de leurs responsabilités envers les femmes dans le secteur de la santé?

Il faudra trouver des indicateurs spécifiques au genre pour mesurer ces effets, qu'ils soient positifs ou négatifs. L'emploi d'un cadre d'analyse des incidences sociales dans l'optique du genre, mettant précisément l'accent sur l'impact distributionnel des réformes stratégiques sur les femmes, pourrait jouer un rôle essentiel à cet égard.

En ce qui a trait au secteur de la santé, il n'existe pour ainsi dire aucune étude empirique sur les effets, selon le genre, du commerce des services en matière d'équité, d'accès ou de qualité au Canada. Ce qu'il faut, ce sont de solides preuves des effets réels de la libéralisation du commerce sur la société canadienne et de ses effets distributionnels sur les groupes de population marginalisés et vulnérables, y compris les femmes. À cela s'ajoute le besoin de mieux comprendre les forces et faiblesses du cadre d'analyse comparative entre les sexes et du cadre d'analyse des incidences sociales existants ainsi que les rapports entre les deux.

Voici, d'après Women's Edge (2002) et le modèle d'analyse des incidences sociales selon le sexe, des questions de recherche fondamentales à se poser pour appliquer une analyse éclairée des incidences sociales selon le sexe aux accords commerciaux comme l'ALENA et l'AGCS :

- Quelle est la fréquence du commerce de services de santé selon les quatre modes de l'AGCS?
- Quelle incidence les accords commerciaux ont-ils sur le pouvoir réglementaire des gouvernements de créer de meilleures conditions sociales et environnementales, surtout celles qui influent sur le fardeau de la maladie pour les femmes?
- A-t-on modifié la prestation des services de santé publique? Quel effet cette modification a-t-elle eu sur la consommation de ces services par les femmes?
- A-t-on imposé des frais modérateurs? Le cas échéant, ceux-ci nuisent-ils à l'accès des femmes aux services de santé?
- Comment les changements intervenus dans les services publics influent-ils sur les principaux indicateurs du bien-être de la population en général et des femmes en particulier?

- L'emploi des femmes a-t-il perdu ou gagné du terrain dans le secteur public? Les normes du travail se sont-elles effritées?

Pour répondre à ces questions, il faut :

- disposer de données qui illustreraient les changements intervenus dans la prestation des services de santé publique;
- connaître les dépenses par habitant et par population pertinente, surtout la population des femmes;
- disposer de données sur les frais modérateurs au sein du système de soins de santé;
- disposer d'indicateurs de la santé, y compris de statistiques sur la mortalité, la santé génésique, la santé et le bien-être des enfants, l'éducation et la pauvreté, ventilées selon le sexe et le genre;
- connaître les habitudes et les conditions de travail changeantes des femmes, qu'il s'agisse de travail rémunéré ou non rémunéré;
- connaître l'évolution du salaire des femmes;
- disposer de données d'enquêtes-ménages.

Analyse du commerce et des droits de la personne

La Sous-Commission de la promotion et de la protection des droits de l'homme des Nations Unies a récemment (août 2001) adopté une résolution qui reconnaît les conséquences qu'aurait sur les droits de la personne la libéralisation du commerce des services au moyen de l'AGCS (Spieldoch, 2001). On doit en effet s'interroger sérieusement sur la relation entre les accords commerciaux et les droits de la personne. L'une des pistes de recherche serait d'étudier les possibles rapports entre certains traités commerciaux, d'une part, et les lois nationales et conventions internationales protégeant les droits et l'égalité des femmes, d'autre part. Par exemple, on pourrait s'intéresser à l'arrimage qui existe entre les accords commerciaux et les lois canadiennes et conventions internationales, par exemple la *Charte canadienne des droits et libertés (1982)*, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) (1979). Comme White (2002 : 6) l'a fait remarquer : « Les règles commerciales devraient être assujetties et astreintes aux accords commerciaux internationaux qui prônent les droits de la personne et des femmes, la pérennité de l'environnement, la dignité humaine et la vie » [TRADUCTION].

Conclusion

La difficulté d'atteindre un équilibre entre les avantages du commerce, d'une part, et la santé ainsi que le bien-être des femmes, d'autre part, demeurera une question pressante de politique publique. Comme nous l'a rappelé Sen (1999), la bonne santé est le produit non seulement d'une économie mieux portante, mais également de la qualité des politiques en matière de santé et des investissements dans la santé. Le gouvernement canadien devra continuer à chercher des moyens de planifier, de coordonner et de gérer sa politique en

matière de santé dans le contexte de la mondialisation, sans toutefois compromettre ce qu'il est permis de considérer comme la plus importante politique sociale du Canada : la santé. Le système de soins de santé financé par l'État dont disposent les Canadiennes et les Canadiens a contribué à créer leur sentiment d'identité et de citoyenneté nationale. Ce système fait également partie intégrante de la promotion de la santé des femmes en général et des droits à l'égalité entre les sexes en particulier. Sarah Sexton (2001 : 60) n'aurait su mieux dire lorsqu'elle a déclaré : « Les droits de la personne [y compris le droit à la santé] et les politiques de santé publique sont indispensables. Les politiques commerciales, en revanche, sont négociables » [TRADUCTION].

ANNEXE A : ACCORDS COMMERCIAUX ET SANTÉ DES FEMMES – BIBLIOGRAPHIE COMMENTÉE

Mondialisation et accords commerciaux

Cameron, D.R., et J.G. Stein. 2002. *Street Protests and Fantasy Parks: Globalization, Culture and the State*. Vancouver : University of British Columbia Press.

Ce livre s'attarde à deux dimensions de la mondialisation : les réalités culturelles et sociales des liens mondiaux et le rôle changeant de l'État. S'il est vrai que les processus mondiaux fusionnent les sociétés et les économies plus solidement que jamais, les auteurs soutiennent qu'il est prématuré, voire carrément inopportun, de rédiger l'épitaphe de l'État. Ces textes examinent une série d'études de cas convaincantes – l'industrie du divertissement, la citoyenneté, le militantisme social et les communications électroniques – pour évaluer les choix qui s'offrent aux États et les conséquences de ces choix pour la culture et la société.

Hart, M. 2002. *A Trading Nation: Canadian Trade Policy from Colonialism to Globalization*. Vancouver : University of British Columbia Press.

Partant du principe que la compréhension du passé permet de comprendre le présent et de mieux se préparer pour l'avenir, l'auteur relate plus de trois siècles d'histoire commerciale au Canada. Ce récit explique comment la population canadienne, dont le niveau de vie est parmi les plus élevés au monde, s'est largement faite à l'idée qu'un pays qui tire une bonne partie de sa richesse du commerce international a beaucoup à gagner d'une économie internationale ouverte et ordonnée. L'auteur soutient qu'il est impératif que le Canada fasse des choix judicieux en matière de politique commerciale et économique s'il veut s'adapter aux défis de la nouvelle économie mondialisée.

Khor, M. 2001. *Rethinking Globalization: Critical Issues and Policy Choices*. Londres : Zed Books.

Ce livre explique ce que signifie la mondialisation dans les domaines du commerce, des finances et de l'investissement. On y montre que la mondialisation n'accroît pas la croissance économique dans la plupart des pays, pas plus qu'elle n'y réduit les inégalités et la pauvreté. L'auteur critique la domination non démocratique exercée par les gouvernements occidentaux sur les mécanismes internationaux d'élaboration des politiques. Il réfute les prescriptions stratégiques universelles appliquées par la Banque mondiale, le Fonds monétaire international et l'Organisation mondiale du commerce aux pays en développement et soutient qu'il faut laisser ces pays décider du moment et de la façon d'ouvrir leur économie au reste du monde.

McBride, S. 2001. *Paradigm Shift: Globalization and the Canadian State*. Halifax : Fernwood Publishing.

L'auteur affirme que l'idée de la mondialisation provoque des débats houleux au sein de la population. On discute avec vigueur de nombreux enjeux clés de la mondialisation : ce que c'est, son degré de nouveauté, s'il s'agit d'une force inexorable ou d'une construction politique de puissants États et s'il existe des solutions de rechange. L'auteur analyse ce débat d'un point de vue canadien et en fonction du Canada d'abord. Il s'intéresse à

l'histoire de la participation canadienne à l'internationalisme et examine les stratégies de gestion des rapports du Canada avec les forces mondiales.

Sauvé, P. et R.M. Stern (dir.) 2000. *GATS 2000: New Directions in Trade Services Liberalization.* Washington, D.C. : Brookings Institution.

Cet ouvrage examine les services responsables de 70 % de la production et de l'emploi dans les pays industrialisés et les services d'un grand nombre de pays en développement qui talonnent les premiers. La négociation de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) a permis aux politiques qui influent sur l'accès aux marchés de services et sur les conditions de concurrence à l'intérieur de ceux-ci d'être solidement enracinées dans le système de commerce multilatéral. Rédigés à l'intention des responsables et des praticiennes et praticiens des politiques, les textes présentés dans cet ouvrage s'attaquent à bon nombre des principaux enjeux de l'heure dans le domaine du commerce des services, enjeux avec lesquels la première génération de négociatrices et négociateurs de l'AGCS n'avait, dans certains cas, pas eu à composer. Ce livre vise à éclairer les pays membres développés et en développement de l'Organisation mondiale du commerce devant les principaux choix de politiques et de règlements qu'ils seront appelés à faire lorsqu'ils retourneront à la table des négociations de l'AGCS.

Sinclair, S. 2000. *GATS: How the World Trade Organization's "Services" Negotiations Threaten Democracy.* Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.

L'auteur affirme que les négociations à huis clos ont pour effet d'élargir la portée de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS). L'objectif ultime, explique-t-il, est de commercialiser chacun des secteurs de services de chacun des pays membres de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), y compris les services essentiels tels que les soins de santé, l'éducation et l'eau potable. Les règlements qui protègent l'environnement ainsi que les consommatrices et consommateurs ne seront pas non plus à l'abri. Ce livre passe au peigne fin l'accord de l'OMC sur les services. Il explique en termes clairs l'esprit et la lettre de clauses techniques des traités.

Shrybman, S. 2001. *The World Trade Organization: A Citizen's Guide.* Deuxième édition. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.

L'auteur analyse la portée et l'influence de l'Organisation mondiale du commerce (OMC). Il montre comment l'OMC utilise ses pouvoirs extraordinaires afin de forcer les gouvernements, y compris celui du Canada, à modifier leurs politiques pour satisfaire aux intérêts de l'entreprise privée. Le Canada a déjà ressenti les effets des décisions de l'OMC, soit tout récemment, au moment de la contestation de notre politique sur les magazines à tirage dédoublé. L'auteur explique de quelle façon les principaux accords sur le commerce, l'investissement et la propriété intellectuelle dont l'OMC assure l'application menacent notre culture, nos normes environnementales, nos normes du travail et même notre souveraineté.

Commerce international et soins de santé

Adams, O. et C. Kinnon. 1998. « A Public Health Perspective ». *International Trade in Health Services: A Development Perspective*. Publié sous la direction de S. Zarilli et C. Kinnon. Genève, Comité sur le commerce et le développement des Nations Unies/Organisation mondiale du commerce : 35-50.

Cet article examine le commerce des services sous l'angle d'une activité en plein essor porteuse de nouveaux débouchés dans le secteur de la santé. Bien qu'il soit difficile de chiffrer le volume de ce commerce, faute de données cohérentes et ventilées, on en connaît de plus en plus le potentiel pour les pays industrialisés et en développement. Lorsqu'on examine la question à la lumière de l'augmentation des dépenses de santé et de la tendance de plus en plus marquée à réduire les dépenses publiques dans les secteurs sociaux, on se rend compte des avantages que comportent l'exportation des compétences et des technologies du secteur de la santé ou le fait d'attirer une clientèle de l'étranger plus lucrative dans les établissements de santé. Les auteurs soutiennent que le commerce des services de santé offre aux pays la possibilité d'améliorer leurs systèmes de santé en produisant des ressources financières supplémentaires, d'améliorer leur infrastructure en utilisant les ressources obtenues grâce à la satisfaction de la demande étrangère et d'actualiser leurs connaissances médicales et leur capacité technologique.

Adams, O. et C. Kinnon. 1997. *Health Economics Technical Briefing Note: Measuring Trade Liberalization Against Public Health Objectives: The Case of Health Services.* Genève : Groupe de travail sur l'économie de la santé de l'OMS, décembre.

Cette note d'information vise à compléter une opinion de nature commerciale sur le commerce des services de santé en y ajoutant une dimension qualitative de santé publique. Elle analyse systématiquement les quatre modes de commerce énoncés dans l'Accord général sur le commerce des services, dans l'optique des systèmes de santé des pays en développement. Afin d'évaluer de façon préliminaire l'impact potentiel de ce commerce, les auteurs utilisent trois objectifs stratégiques comme étalons d'analyse : l'égalité d'accès, la qualité des services et l'usage efficace des ressources. Ils affirment que les autorités sanitaires devront tout particulièrement renforcer leur cadre réglementaire pour veiller à ce que leurs systèmes de santé nationaux tirent le maximum d'égalité, de qualité et d'efficacité du commerce des services de santé tout en réduisant au minimum l'éventuel coût social de ce commerce.

Adlung, R. 2001. « Effects of World Trade on Public Health ». *The Lancet*. 357(9268) : 1626.

L'auteur réagit à divers rapports publiés dans *The Lancet* sur les impacts sur la santé attribués à l'Accord général sur le commerce des services (AGCS). Il affirme que ces rapports permettent de combler des lacunes sur le plan de l'information et donnent aux lectrices et lecteurs intéressés la possibilité de se familiariser avec l'Accord et les négociations en cours. Il soutient toutefois qu'on n'a pas profité de cette opportunité et que les rapports brillent davantage par le zèle des chercheuses et chercheurs que par leur objectivité et leur exactitude factuelle. À son avis, l'article VI établit des principes d'usage des règlements, mais il n'a rien à voir avec le statut des services publics fournis

« dans l'exercice du pouvoir gouvernemental ». Ces services sont exempts de l'AGCS et jamais l'Organisation mondiale du commerce n'a remis cette exemption en question.

Adlung, R. 2001. « The General Agreement on Trade in Services: Application to the Health Sector ». (5) : 3-5.

Dans cet article, Adlung joint les rangs de ceux et celles qui se demandent jusqu'à quel point l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) est pertinent pour les services publics. À son avis, l'AGCS exclut tous les services publics (c.-à-d. les services fournis dans l'exercice du pouvoir gouvernemental). Cette exclusion s'applique dès qu'un service n'est fourni ni sur une base commerciale ni en régime de concurrence avec d'autres fournisseurs. Les soins médicaux dispensés gratuitement dans les établissements publics en sont un exemple. L'auteur conclut que ces services sont soustraits à l'application de l'Accord et ne feront jamais l'objet de négociations.

Adlung, R. et A. Carzaniga. 2001. « Trade in Health Services Under GATS – Past and Future ». *Bulletin of the World Health Organization*. 79(4) : 1-21.

Les auteurs soutiennent que le potentiel pour le commerce des services de santé s'est accru rapidement ces dernières décennies. Des systèmes de communication plus efficaces ont contribué à réduire les obstacles que présentaient la distance au commerce, l'augmentation des revenus et de meilleurs renseignements ont accru la mobilité des malades et les tensions de coûts internes ont amené divers gouvernements à envisager la possibilité d'élargir la participation du secteur privé. Les auteurs sont néanmoins d'avis que les services de santé n'ont joué qu'un rôle modeste jusqu'à maintenant dans l'Accord général sur le commerce des services (AGCS). Mis à part l'éducation, aucun autre secteur de services n'a suscité moins d'engagements sur l'accès aux marchés et sur le traitement national que la santé. La nouveauté de l'Accord, les problèmes de coordination entre organismes compétents, la méconnaissance généralisée des concepts entourant le commerce des services, la présence traditionnellement forte des gouvernements dans le secteur ainsi que des craintes quant à la qualité de base et aux objectifs sociaux pourraient avoir empêché les membres de l'Organisation mondiale du commerce de prendre des engagements en matière d'accès.

American Institute of Medicine. 1997. *America's Vital Interest in Global Health – Protecting Our People, Enhancing Our Economy and Advancing Our International Interests*. Washington : National Academy Press.

Selon ce rapport, la santé de la population à travers le monde revêt un intérêt vital et direct pour l'Amérique. Pour que les États-Unis interviennent avec succès sur l'échiquier mondial de la santé, les multiples organismes américains dotés de responsabilités légales dans ce domaine devront se concerter et des partenariats devront être conclus avec le secteur industriel et le milieu universitaire des États-Unis, de même qu'avec les organisations non gouvernementales, d'autres pays et les organismes internationaux. Ce rapport fait état des domaines de la santé dans lesquels les États-Unis interviennent dans le monde et qui sont les plus susceptibles de profiter à la santé de la population américaine. On y recommande également l'apport et l'application de changements d'orientation susceptibles d'améliorer la santé de la population américaine et d'autres peuples de la terre, de procurer des avantages économiques et de favoriser le leadership américain dans le monde.

Appleton, B. 1996. « NAFTA, Healthcare and the Agreement on Internal Trade ». Appleton & Associates International Lawyers. <http://www.appletonlaw.com/6dinternal.htm>. Extrait le 25 juillet 2002.

Ce rapport, rédigé en réponse à une demande de la Coalition canadienne de la santé, qui voulait une opinion juridique sur l'effet de l'évolution du commerce international sur nos services sociaux, surtout sur le régime d'assurance-maladie, examine les principaux enjeux stratégiques et effets dont il est question dans le débat sur le commerce interne. L'auteur soutient qu'il est dans l'intérêt du public canadien de savoir comment se déroulent ces négociations et de faire pression sur les élus pour qu'ils assurent et protègent nos services sociaux.

Ascher, B. 2002. « The Case of the United States of America ». *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives*. Publié sous la direction de C. Vieira et N. Drager. Washington, DC : Organisation panaméricaine de la santé, p. 185-191.

Cet article présente le point de vue des États-Unis quant aux négociations à venir sur les services de santé. L'auteur discute du fait que les services sont relativement nouveaux dans les accords commerciaux, alors que les biens sont assujettis aux règles commerciales depuis 50 ans. Pendant ces cinq décennies, l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce a permis de réduire d'environ 75 % les tarifs sur les biens. Au cours de cette période, le commerce s'est multiplié par 15 et l'économie mondiale a connu une croissance fulgurante. L'auteur déclare que les États-Unis espèrent que la réduction des entraves au commerce des services permettra d'imprimer un élan semblable à l'économie mondiale.

Banque mondiale. 2002. « Un guide pour l'analyse des impacts sur la pauvreté et le social ». Washington : Groupe de lutte contre la pauvreté de la Banque mondiale et Département du développement social, travail en cours, ébauche pour commentaires.

Ce guide provisoire présente une méthode d'analyse des impacts sur la pauvreté et le social et un menu d'outils et de techniques disponibles afférents. Il ne suggère pas une mini-norme pour le personnel de la Banque mondiale, ni ne reflète la politique opérationnelle de la Banque. Il s'agit d'une oeuvre en devenir qui finira par être actualisée en fonction de l'expérience de pointe des pays et de techniques dernier cri.

Bettcher, W., D. Yach et G. Guidon. 2000. « Global Trade and Health: Key Linkages and Future Challenges ». *Critical Reflection*. 78(4) : 521-534.

La mondialisation du commerce, du marketing et de l'investissement a d'importantes conséquences négatives et positives pour la santé publique. Cet article se penche sur les conséquences de la gamme d'accords de l'Organisation mondiale du commerce sur la recherche et les politiques en santé publique et s'attarde à trois thèmes : les marchandises, les droits de propriété intellectuelle et les services de santé. L'analyse vise principalement à repérer les liens entre les enjeux commerciaux et la transnationalisation des risques pour la santé et des avantages possibles, à cerner les principaux domaines de recherche et à proposer des conseils et des interventions utiles sur le plan stratégique dans les dossiers du commerce et de la santé.

Boliz, M. (dir.) 1999. *Access to Health Services under the NAFTA*. Washington : Programme de la politique publique, Division de la santé du développement humain, Organisation panaméricaine de la santé.

Les collaborateurs de cet ouvrage se penchent sur les préoccupations que suscite dans le cadre de l'ALENA la satisfaction des besoins en santé des gens qui se déplacent d'un pays membre à l'autre. Ils analysent les conséquences juridiques de l'accès aux soins de santé d'un pays signataire de l'ALENA par les ressortissantes et ressortissants d'autres pays signataires qui y travaillent ou y résident temporairement. L'ouvrage compare les systèmes de santé du Canada, des États-Unis et du Mexique et se concentre sur leurs principes et objectifs, leur cadre juridique, leur structure institutionnelle, leurs modalités de fonctionnement et leurs résultats. Cette publication, qui expose en détail les ressemblances et les différences des systèmes de ces trois pays, tente de prévoir les avantages ou désavantages potentiels du traité pour l'accès aux services de soins de santé et examine les attentes et les préoccupations que suscite le libre-échange à cet égard.

Bolwell, D. 1999. *L'OMC et l'Accord général sur le commerce des services – Les enjeux pour la santé publique*. Ferney-Voltaire, France : Internationale des services publics.

L'auteur affirme que le commerce des services de santé fait l'objet de discussions depuis 1994 et que tout indique que ce processus s'accélérera au cours de l'année à venir. Selon l'Organisation mondiale du commerce, les pays devraient « réexaminer le champ et l'ampleur de leurs engagements en matière de services de santé et de services sociaux, engagements actuellement inférieurs à ceux pris dans d'autres secteurs importants ». L'industrie de la santé, déjà malmenée par des mesures de contrôle des coûts et de commercialisation, n'a qu'à bien se tenir. L'auteur affirme qu'il est très important, compte tenu de ces raisons, que la main-d'oeuvre de la santé et les syndicats du secteur public comprennent les enjeux soulevés dans cette brochure et appliquent les mesures proposées à cet égard.

Butkeviciene, J. et D. Diaz. 1998. « GATS Commitments in the Health Services Sector and the Scope for Future Negotiations ». *International Trade in Health Services: A Development Perspective*. Publié sous la direction de S. Zarilli et C. Kinnon. Genève : Comité sur le commerce et le développement des Nations Unies/Organisation mondiale du commerce, p. 135-155.

Cet article étudie certains engagements au sujet des services de santé qui ont été intégrés à l'Accord général sur le commerce des services au terme de négociations à l'Organisation mondiale du commerce. L'analyse des engagements ne brosse pas un portrait complet de l'actuel régime de commerce des services de santé. De plus, d'importants protagonistes du marché des services de santé n'ont pas pris d'engagements spécifiques dans ce secteur. Les engagements pris par la plupart des pays à l'égard des services de santé n'ont pas eu de conséquences stratégiques jusqu'à maintenant, étant donné que les pays ont décidé de laisser leurs régimes commerciaux tels quels, ont fourni de l'information partielle ou omis d'inscrire des éléments délicats à leurs listes d'engagements. Cependant, lors des prochaines rondes de négociations multilatérales, on tentera sans doute un peu plus d'exercer des pressions pour que soient apportés des changements au régime commercial

en essayant d'obtenir un plus grand degré d'ouverture à l'intérieur d'engagements bien précis dans le domaine des services de santé.

Cardelle, A.J.F. 2000. « Democratization, Health Care Reform, and NGO-Government Collaboration: Catalyst or Constraint? ». *Health and Human Development in the New Global Economy: The Contributions and Perspectives of Civil Society in the Americas.* Publié sous la direction de A. Bambas, J.A. Casas, H.A. Drayton et A. Valdés. Washington : Organisation panaméricaine de la santé, p. 203-229.

Ce document examine tour à tour l'expérience de 20 projets prônant la collaboration entre les organisations non gouvernementales (ONG) et les gouvernements du Guatemala, du Chili et de l'Équateur. Il se divise en trois parties. Dans la première partie, on passe en revue les tendances mondiales de la mise en oeuvre des politiques et on se demande jusqu'à quel point certains facteurs tels que les relations entre la société civile et l'État, la démocratisation, la réforme de l'État et les pressions internationales ont eu un effet d'entraînement ou d'essoufflement sur les politiques préconisant la collaboration des ONG avec l'État. La deuxième partie analyse l'influence exercée par les buts, les objectifs, les ressources et les processus de planification liés à la mise en oeuvre des projets concertés sur la viabilité de ceux-ci. La troisième partie dégage les mécanismes de collaboration utilisés par les ONG et les gouvernements (p. ex. le financement, la planification concertée et la formation) et examine l'effet de chacun sur l'issue du projet. L'article se termine sur une série de recommandations stratégiques pour la mise en oeuvre de futurs projets concertés.

Cardelle, A.J.F. 2000. « Globalisation, International Health and a New International Relations Framework ». *Health and Human Development in the New Global Economy: The Contributions and Perspectives of Civil Society in the Americas.* Publié sous la direction de A. Bambas, J.A. Casas, H.A. Drayton et A. Valdés. Washington : Organisation panaméricaine de la santé, p. 121-126.

Selon l'argument fondamental avancé par l'auteur de cet article, il y a dans la pratique un lien complexe et réciproque entre la santé publique internationale et l'exercice des relations internationales. Cependant, contrairement au monde réel, l'étude des relations internationales a omis de répertorier la santé dans la catégorie des enjeux internationaux. Et si la discipline s'en est tirée à bon compte jusqu'à maintenant, le processus de mondialisation actuel menacera et remettra sérieusement en question certaines des notions fondamentales des relations internationales (l'idée, dans le fond, que les relations internationales gravitent essentiellement autour d'un axe national). L'article passe d'abord très brièvement en revue la relation historique entre les deux disciplines avant de traiter de l'insuffisance des théories en vigueur sur les relations internationales et de l'impossibilité d'y intégrer les facteurs liés à la santé. L'article conclut avec l'énumération de quatre domaines où les pratiques et problèmes de santé publique menaceront la primauté de l'État-nation.

Chanda, R. 2001. *Trade in Health Services.* Document de travail WG4 : 5. Série d'études de la Commission macroéconomie et santé.

L'objectif de cette étude est de décrire brièvement la nature du commerce international des services de santé et les leçons que l'on peut tirer de l'expérience nationale, régionale

et multilatérale en la matière. Cette étude traite des divers modes d'échange des services de santé, des principaux acteurs mondiaux du commerce et des conséquences tant positives que négatives de ce commerce sur l'équité, l'efficacité et la qualité des services de santé ainsi que sur l'accès à ces services. Elle décrit également certains des principaux obstacles au commerce des services de santé. On y souligne les grands points de l'expérience de certains pays ainsi que des blocs commerciaux régionaux face au commerce des services de santé. On y fait également état des progrès réalisés jusqu'à maintenant dans la libéralisation des services de santé en vertu de l'Accord général sur le commerce des services de l'Organisation mondiale du commerce. Au vu de l'expérience nationale, régionale et multilatérale du commerce des services de santé, l'étude tire des conclusions générales sur les principales questions et préoccupations qui caractérisent ce commerce et recommande des mesures d'intervention pour veiller à ce qu'on bénéficie du commerce des services de santé tout en en atténuant les conséquences potentiellement négatives.

Cornia, A., R. Jolly et F. Stewart. 1987. *L'ajustement à visage humain : protéger les groupes vulnérables et favoriser la croissance*. Paris : Economica.
Cette étude s'appuie sur 10 études de cas de pays et sur l'expérience de l'UNICEF pour illustrer la gravité de la crise de l'endettement. Elle offre des pistes d'évitement ou d'atténuation des effets négatifs de l'ajustement économique sur les groupes vulnérables. Elle présente des cas où l'on a réussi à protéger des populations vulnérables pendant la période d'ajustement grâce à la mise en oeuvre de politiques ayant permis de générer de l'emploi, d'élever le revenu des pauvres et de maintenir, voire d'élargir, les services sanitaires et éducatifs de base, tout en favorisant une bonne alimentation chez les enfants. On y fait valoir la possibilité et la nécessité d'intégrer les politiques de protection des personnes vulnérables au processus de planification nationale, même lorsque l'économie a des ratés. La stratégie d'adaptation à visage humain allie la promotion de la croissance économique à la protection des populations vulnérables et à l'ajustement macroéconomique.

De Wel, B. 2000. *WTO and Health: A National Perspective*. Conference on the World Trade Organization (WTO): Implications of EU Global Trade Policy on Health, Bruxelles.
L'auteur soutient que personne ne peut nier que le commerce international contribue au développement. Les riches sont généralement en meilleure santé et vivent souvent dans un meilleur environnement que les pauvres. Ces derniers ont moins accès aux services de santé et vivent assez souvent dans de piètres conditions. Il importe donc de s'interroger sur la répartition des avantages du commerce international et sur la viabilité environnementale de ce commerce. Il est clair que la répartition juste et équitable des retombées commerciales et que la protection de l'environnement ne vont pas de soi. Il n'y a pas de mécanisme efficient de « ruissellement » de la richesse vers les groupes les plus indigents de la société, pas plus que les gains du libre-échange ne sont automatiquement utilisés pour sauvegarder et protéger l'environnement. Le commerce international est devenu une activité complexe bardée de règles. Là où le bât blesse, c'est que ces règles ne visent pas toutes à protéger la santé humaine et l'environnement.

Diaz Benavides, D. 2002. « Trade Policies and Export of Health Services: A Development Perspective ». *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives.* Publié sous la direction de C. Vieira et N. Drager. Washington : Organisation panaméricaine de la santé, p. 53-69.

Dans cet article, l'auteur affirme que le commerce international des services permet à bien des égards d'accroître l'apport du secteur de la santé à l'économie nationale. Les gouvernements des pays développés et des pays en développement explorent différentes pistes, dont la mise en oeuvre de stratégies d'exportation des services de santé et la libéralisation de la propriété des entreprises afin d'optimiser les ressources dont elles disposent et les avantages concurrentiels dont elles jouissent. Pour y parvenir, les gouvernements doivent concilier des objectifs commerciaux comme l'accumulation de devises étrangères et la prestation à leurs populations d'un accès universel et abordable aux soins de santé.

Dollar, D. 2001. « Is Globalization Good for Your Health? ». *Bulletin of the World Health Organization.* 79(9) : 827-33.

Cet article fait valoir quatre points au sujet de la mondialisation et de la santé. Premièrement, l'intégration économique est un puissant outil d'accroissement du revenu des pays pauvres. Ces 20 dernières années, plusieurs grands pays en développement ont ouvert leurs frontières au commerce et à l'investissement, et leur croissance va bon train, plus rapidement d'ailleurs que celle des pays riches. Deuxièmement, l'inégalité des revenus n'a pas tendance à s'accentuer dans les pays qui ouvrent leurs portes. La plus forte croissance qui accompagne la mondialisation dans les pays en développement profite en général aux populations pauvres. Étant donné qu'une multitude d'écrits font le lien entre le revenu des pauvres et l'état de santé, nous pouvons affirmer sans trop risquer de nous tromper que la mondialisation a des effets positifs indirects sur l'alimentation, la mortalité infantile et d'autres questions de santé liées au revenu. Troisièmement, l'intégration économique peut manifestement nuire à la santé : la transmission du sida par la migration et les voyages en est un triste exemple de fraîche date. Selon les auteurs, la solution pratique réside dans les politiques sur la santé, et non dans les politiques d'intégration économique. L'intégration planétaire doit s'appuyer sur des institutions et des politiques. Quatrièmement, on peut améliorer l'architecture internationale pour en faire bénéficier davantage les pays pauvres.

Drager, N. 1999. « Editorial: Making Trade Work for Public Health ». *British Medical Journal.* 319 : 1214.

Drager déclare que les pourparlers de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) à Seattle offrent la possibilité d'inscrire la santé publique au programme des négociations commerciales. Il affirme que les récents différends commerciaux sur le bœuf hormoné, les aliments génétiquement modifiés et les agents antirétroviraux ont captivé l'intérêt public et mis au jour les tensions entre les politiques nationales de santé publique et la nécessité de se conformer aux accords commerciaux relevant de l'OMC. L'ouverture commerciale peut favoriser une distribution plus équitable des avantages économiques et l'émergence d'une juste société, mais il faut pour cela arrimer le système commercial à de saines politiques sociales, y compris à la reconnaissance de la santé comme un bien

collectif mondial. En tissant des liens plus serrés avec l'OMC, l'Organisation mondiale de la santé tâche de veiller à ce que les intérêts du public en matière de santé soient à l'ordre du jour des négociations commerciales.

Hall, D. 2001. *Globalisation, Privatisation and Healthcare.* Londres : Service de recherche de l'Internationale des services publics, janvier.

Cet article fait une distinction entre la mondialisation, susceptible de nuire au développement dans tout secteur, et la privatisation, qui porte spécifiquement atteinte aux services publics. L'auteur énumère divers mécanismes d'influence de la mondialisation sur la privatisation des soins de santé, y compris les institutions internationales, les politiques gouvernementales et les activités des multinationales elles-mêmes.

Hilary, J. 2001. *The Wrong Model: GATS, Trade Liberalisation and Children's Right to Health.* Londres : Save the Children.

Cette analyse tend à montrer que la libéralisation du commerce des services est le mauvais modèle à suivre pour les pays qui souhaitent bâtir de solides systèmes de soins de santé pour l'ensemble de leur population. De plus, les dispositions spécifiques de l'Accord général sur le commerce des services réduisent la capacité des pays de mettre en oeuvre leurs propres priorités en matière de santé, et l'Accord doit être réformé de manière à protéger expressément les objectifs des politiques nationales. Les gouvernements doivent garantir la préséance absolue des préoccupations en matière de santé publique sur les aspects économiques du commerce des services afin de s'acquitter de leurs responsabilités envers les enfants et la société en général.

Johnson, J.R. 2002. *Quelle sera l'incidence des accords commerciaux internationaux sur les soins de santé au Canada?* Étude n° 22. Saskatoon : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Ce document répond à la question suivante de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada : « Compte tenu de la nature contradictoire des avis juridiques sur la question de l'exemption du système de soins de santé public du Canada des obligations découlant des accords internationaux de libéralisation du commerce, quelles sont les alternatives auxquelles les gouvernements canadiens peuvent recourir pour maintenir en vigueur, s'ils le souhaitent, un système de soins de santé public compatible avec les accords commerciaux internationaux signés par le Canada? ».

Kickbusch, I. et E. de Leeuw. 1999. « Global Public Health: Revisiting Healthy Public Policy at the Global Level ». *Health Promotion International.* 14(4) : 285-288.

Selon les auteures de cet article, la santé, qui semble être à première vue le domaine de prédilection pour lancer une action conjointe sans considération de territoire, demeure l'un des secteurs d'intervention les plus protégés par le lien qui l'unit à l'État-nation. Mais alors même qu'ils défendent leur souveraineté interne sur la politique des soins de santé, les pays voient faiblir leur mainmise sur les politiques touchant les déterminants de la santé : le marketing, la distribution et la vente de biens de consommation liés aux habitudes de vie (p. ex. le tabac et les aliments), la croissance d'une industrie mondiale de la santé (p. ex. les produits pharmaceutiques et l'assurance), la propagation planétaire de la pollution de l'environnement et des maladies infectieuses ainsi que l'impact sur la santé du système

financier mondial. Les auteures se demandent si les gouvernements ont d'autres moyens de réagir que de recourir à de nouvelles formes de protectionnisme ou de se disputer férocement la venue chez eux des grands acteurs de ce monde.

Kierzkowski, H. 2002. « Trade and Public Health in an Open Economy: A Framework for Analysis ». *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives*. Publié sous la direction de C. Vieira et N. Drager. Washington : Organisation panaméricaine de la santé, p. 47-52.

Selon cet article, le système de santé national ou international optimal doit établir un équilibre entre les avantages et les inconvénients de mesures différentes. Les points de vue pourraient diverger quant au degré d'importance et de priorité des objectifs. Toutefois, un système de santé ne peut pas faire dans les extrêmes et n'être centré que sur l'efficacité, ou même l'équité. Il doit atteindre un juste équilibre. La plupart conviendront que la santé est un secteur spécial, mais elle n'en fait pas moins partie de l'économie. Elle doit donc obéir à certaines règles générales de comportement économique, compte tenu de la finitude des ressources productives au sein de l'économie.

Kinnon, C. 1998. « Commerce mondial : ménager une place à la santé ». *Forum mondial de la santé*. 19 : 397-406.

Dans cet article, Kinnon se demande si les nouveaux accords commerciaux multilatéraux ont des conséquences sur la santé et le bien-être. Elle soutient qu'il faut en comprendre le lien pour bien mettre en perspective les objectifs du commerce et de la santé. Cet article liminaire jette un coup d'œil à certains des domaines où se croisent le commerce international et la santé publique.

Kluge, E.-H.W. 1991. « Competition and Function: The Canada-U.S. Free Trade Agreement and the Philosophy of Health Care ». *Business and Professional Ethics Journal*. 10 : 29-52.

L'auteure de cet article examine un secteur de l'Accord de libre-échange où il pourrait être extrêmement difficile de trouver un terrain d'entente : celui des soins de santé. Aux termes de certaines dispositions de l'Accord de libre-échange, les deux pays doivent entretenir des rapports actifs dans le domaine de la prestation des soins de santé. Plus précisément, l'Accord de libre-échange stipule que les industries des soins de santé des deux pays doivent s'accorder mutuellement accès à leurs marchés respectifs. Ces clauses pourraient poser problème, car le Canada et les États-Unis ont un point de vue différent sur les soins de santé, en raison d'une divergence fondamentale quant au rapport de l'individu avec la société.

Koivusalo, M. 1999. « World Trade Organization and Trade Creep in Social Policies ». Helsinki : STAKES.

Selon l'auteure de cet article, les accords de commerce international jouent un rôle important dans l'établissement des règles et des droits de pratique commerciale à l'échelle mondiale et sont susceptibles d'avoir des conséquences directes ou indirectes sur les politiques en matière de santé et les politiques sociales. Ces répercussions se fondent en bonne partie sur le contenu des accords et leurs conséquences pour la pauvreté, la répartition du revenu et la sécurité alimentaire à l'échelle mondiale.

De plus, certaines de ces conséquences pourraient nuire au contenu et à la portée des politiques sur la santé et des politiques sociales d'un pays à l'autre. Ces effets des accords de commerce international ne se sont manifestés que graduellement et, dans bien des cas, par le règlement de différends commerciaux entre les pays ou dans le cadre de débats sur l'interprétation des modalités prescrites.

Koivusalo, M. 2000. *GATS and Services*. Conference on the World Trade Organization (WTO): Implications of EU Global Trade Policy on Health, Bruxelles.

Cette présentation traite de la façon dont l'AGCS définit les services : tous les services, à l'exception des services fournis dans « l'exercice du pouvoir gouvernemental ». Quand on s'arrête au commerce des services, il faut tenir compte d'une vaste gamme de services à transiger. En santé, d'épineuses questions commerciales surgiront vraisemblablement (p. ex., en ce qui a trait à l'assurance, aux services d'emploi, aux services professionnels, aux services cliniques, aux services de laboratoire, à l'infrastructure et aux services de soutien, à la gestion plus générale des services de santé et aux pressions pour en assurer la gestion par région ou par population). Ces intérêts et préoccupations d'ordre commercial vont au-delà des traditionnels services professionnels ou cliniques.

Koivusalo, M. et M. Rowson. 2000. « The World Trade Organization: Implications for Health Policy ». *Medicine, Conflict and Survival*. 16(2) : 175-191.

Selon les auteurs, les accords négociés à l'Organisation mondiale du commerce ont déjà d'importantes répercussions sur la santé et la politique en matière de santé. Ils ont une incidence sur la capacité des gouvernements de réglementer le commerce dans l'intérêt de la santé, sur la gouvernance et les normes de santé publique nationales et internationales et sur l'avenir du principe de précaution. Les accords sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et les accords sur le commerce des services de santé pourraient profiter aux industries multinationales des soins de santé et des produits pharmaceutiques, et nuire aux coûts et à l'équité.

Krajewski, M. 2001. *GATS and Public Services*. Genève, Seattle to Brussels Network : 4-5.

L'auteur se demande principalement si les services publics sont soustraits à l'application du paragraphe 3 de l'article I ou s'ils font partie du champ d'application de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS). D'apparence technique, cette question revêt tout de même une grande importance dans le contexte de l'AGCS et de la démocratie. La prestation de services publics est souvent le tremplin nécessaire au lancement d'un processus démocratique et transparent d'élaboration de politiques, d'abord et avant tout, bien évidemment, dans les domaines de l'éducation et des communications. L'accès aux services, comme à l'eau et aux soins de santé, est souvent considéré comme un droit de la personne. Les pouvoirs publics offrent cependant d'autres services pour s'assurer que l'on subviendra à certains besoins fondamentaux de la population tout entière, comme les transports et l'énergie.

Krajewski, M. 2001. « Public Services and the Scope of the General Agreement on Trade in Services ». Centre for International Environmental Law. <http://www.GATSwatch.org/docs/markus.html>. Extrait le 5 juillet 2002.

L'auteur répond à des questions quant à l'incidence possible de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) sur la prestation de « services publics ». Cette incidence dépend, répond-il, du degré d'application de l'AGCS aux services publics. (Dans quelle mesure, le cas échéant, les services publics sont-ils couverts?) Elle dépend également du contenu des disciplines actuelles et possibles de l'AGCS. (Qu'exige l'AGCS dans le cas des services couverts?) Il importe donc que les gouvernements qui négocient et que les groupes de la société civile qui les suivent de près dans ces négociations comprennent bien la portée de l'AGCS. L'auteur de ce document de recherche examine la portée de l'AGCS, en s'attardant au paragraphe 3 de l'article 1, disposition qui détermine si l'Accord s'applique ou non aux services publics. Il étudie aussi la question d'un point de vue juridique, en ne suggérant des considérations d'ordre stratégique qu'à la toute fin.

Labonte, R. 1998. « Healthy Public Policy and the World Trade Organization: A Proposal for an International Health Presence in Future World Trade/Investment Talks ». *Health Promotion International*. 13(3) : 245-256.

Cet article propose la création d'un puissant lobby public, tant national qu'international, solidaire des autres organisations non gouvernementales d'intérêt public faisant campagne pour l'inclusion de la clause sociale. L'auteur commence par y définir et y critiquer certains des préceptes fondamentaux de l'orthodoxie économique néolibérale qui servent de point d'ancrage au mouvement pour le libre-échange mondial et la conclusion d'accords de commerce international. Il y décrit ensuite l'état actuel de ces accords tout en donnant des exemples des risques qu'ils font courir à la santé publique. Il s'intéresse ensuite à l'initiative de la clause sociale et conclut en proposant la présence d'un lobby de la santé publique dans les enceintes où l'on négocie et surveille les accords sur le commerce et l'investissement.

Labonte, R. 2000. « Healthy Public Policy and the World Trade Organization ». *Health and Human Development in the New Global Economy: The Contributions and Perspectives of Civil Society in the Americas*. Publié sous la direction de A. Bambas, J.A. Casas, H.A. Drayton et A. Valdés. Washington : Organisation panaméricaine de la santé, p. 105-120.

Cet article invite le milieu de la santé publique à se joindre au mouvement des personnes qui militent aux forums nationaux et internationaux pour l'inclusion de « clauses sociales » dans les accords mondiaux sur le commerce et l'investissement. Ces clauses exécutoires s'appuient sur des déclarations multilatérales que les organismes des Nations Unies suivent de près. Cependant, si elles étaient inscrites dans des accords multilatéraux exécutoires sur le commerce et l'investissement, elles contribueraient à faire en sorte que les retombées d'une économie mondiale favorisent la santé en étant justes sur le plan social et respectueuses de l'environnement.

Labonte, R., M. Sanger et D. Thompson. 2000. *Economic Globalization, Trade Liberalization, Governance and Health*. Ottawa : Société canadienne de santé internationale.

Selon cet article, compte tenu de la croissance d'Internet, des nouvelles technologies et de l'expansion du marché mondial, les personnes, les biens et les services franchissent de plus en plus rapidement les frontières. La mondialisation de l'économie, alimentée par la croissance des nouvelles technologies, a ouvert de nouvelles avenues de croissance économique. Certains pays en ont retiré des avantages économiques et sociaux énormes par rapport à d'autres pays, et certains groupes dans ces pays en ont retiré des avantages démesurés. La mondialisation a également affaibli le pouvoir réglementaire des gouvernements nationaux et infranationaux (le secteur public) et accru le pouvoir et l'influence des sociétés transnationales (le secteur privé). La planète rétrécit peut-être aux yeux des entreprises, mais le fossé entre les riches et les pauvres ne cesse de se creuser dans la plupart des pays et entre eux. Ce phénomène est lourd de conséquences pour la santé des populations des pays développés et en développement.

Lee, Kelley (dir.). 2003. *Health Impacts of Globalization: Towards a Global Governance*. Houndsmills, Basingstoke, Hampshire : Palgrave Macmillan.

Ce livre réunit un groupe interdisciplinaire de chercheuses et chercheurs dans le but d'analyser certaines études de cas, sources d'indispensables données d'analyse sur l'impact de la mondialisation sur la santé. L'éventail des questions abordées – sida, lutte contre le tabagisme, EBS/MCJ (encéphalopathie bovine spongiforme/maladie de Creutzfeldt-Jakob), nutrition, choléra, résistance aux antimicrobiens, Organisation mondiale du commerce, gouvernance mondiale – se veut illustratif, plutôt que représentatif de la pluralité des impacts sur la santé de l'évolution planétaire.

Lipson, D.J. 2001. « The World Trade Organization's Health Agenda: Opening Up the Health Services for the Poor » (éditorial). *British Medical Journal*. 323(7322) : 1139.

Lipson commente l'objectif que s'est donné l'Organisation mondiale du commerce (OMC) d'ouvrir bon nombre d'industries et de services à la concurrence étrangère. Ce changement pourrait nuire à la santé publique, car de nombreuses compagnies d'assurance n'assureraient que les personnes en santé et laisseraient au secteur public le soin de s'occuper des autres. Les accords de l'Organisation façonnent également les politiques et les règlements des pays sur un éventail de questions, qui vont de la sécurité alimentaire aux importations de produits dangereux, en passant par les droits de douane sur le tabac. L'auteure affirme que les négociations menées en l'an 2000 par l'OMC pour libéraliser davantage les services aux termes de l'Accord général sur le commerce des services pourraient accroître l'influence de l'Organisation sur le financement et la prestation des soins de santé.

Lipson, D.J. 2001. « GATS and Trade in Health Insurance Services: Background Note for WHO Commission on Macroeconomics and Health Paper No. WG 4: 7 ». Commission macroéconomie et santé. <http://www.cmhealth.org/docs/wg4_paper7.pdf>. Extrait le 23 mai 2002.

Cette note présente de l'information générale sur le traitement des services d'assurance-maladie par l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) de l'Organisation mondiale du commerce et explique la pertinence des négociations actuelles de l'AGCS pour

le commerce de l'assurance-maladie. Elle décrit les grandes lignes de l'AGCS, précise ensuite la façon dont on classifie l'assurance-maladie dans les secteurs de services définis de l'AGCS, et présente les options qui s'offrent aux pays désireux de s'engager à avoir accès aux marchés liés à l'assurance. L'auteure explique ensuite pourquoi les engagements pris à ce jour dans le cadre de l'AGCS n'ont pas encore eu d'effet mesurable sur les changements apportés aux marchés de l'assurance. Elle analyse certains dossiers traités dans le cadre des négociations de l'AGCS en cours et leurs conséquences potentielles pour les engagements sur l'accès aux marchés relatifs à l'assurance-maladie. Elle conclut en faisant un tour d'horizon des possibilités, des risques et des défis que présente l'AGCS pour les politiques et règlements nationaux touchant l'assurance-maladie.

Lister, G. 2000. *Global Health and Development: The Impact of Globalisation on the Health of Poor People*. Londres : Department for International Development (DFID).

Ce document a été produit à la demande du ministère du Développement international pour l'aider à préparer un livre blanc sur les mesures stratégiques à prendre afin de réagir aux menaces et possibilités de la mondialisation pour les pauvres. Il s'inspire des travaux réalisés dans le cadre du récent examen, intitulé « Global Health: A Local Issue », financé par la Nuffield Trust et le Royal College of Physicians. L'auteur résume les conclusions de l'examen et des rapports en commençant par définir la mondialisation, la santé mondiale et la santé comme un bien collectif appartenant à l'humanité. Il se penche ensuite sur les mécanismes permettant à la mondialisation d'influer sur la santé des pauvres et il en résume l'impact global. Il présente en conclusion un programme d'action pour venir à bout des problèmes décelés à l'examen.

Luff, D. 2001-2002. *Domestic Regulation of Health Services and International Trade Law*. Rapport au projet « Regulatory Reform and Trade Liberalization in Services ». Paris : Banque mondiale/Organisation de coopération et de développement économiques.

Cette étude compare la réglementation du secteur des services de santé et l'application des règles actuelles de l'Organisation mondiale du commerce (OMC). Les développements à cet égard sont principalement tirés d'une expérience européenne. L'étude circonscrit ensuite la marge de discrétion accordée par les règles de l'OMC aux organismes de réglementation nationaux. Elle conclut que l'accord pertinent de l'OMC est l'Accord général sur le commerce des services (AGCS), qui se distingue au demeurant par une souplesse totale. Les obligations imposées aux gouvernements en vertu de l'AGCS sont principalement le fait d'engagements individuels, qu'il faut, affirme-t-on, soigneusement préciser.

Marconini, M. 1998. « Domestic Capacity and International Trade in Health Services: The Main Issues ». *International Trade in Health Services: A Development Perspective*. Publié sous la direction de S. Zarilli et C. Kinnon. Genève : Comité sur le commerce et le développement des Nations Unies/Organisation mondiale de la santé, p. 55-61.

Plus que dans tout autre secteur, selon l'auteur, la formulation de politiques sur la santé efficaces suppose l'atteinte d'un équilibre délicat entre des intérêts et préoccupations souvent aux antipodes qui occupent tous une place de choix sur la toile complexe des options stratégiques. Les rapports qui s'établissent entre les éléments sociaux et

commerciaux, sans oublier l'interface entre ces éléments et les facteurs d'ordre scientifique, professionnel ou éthique, ou les impératifs d'efficacité, témoignent du caractère spécial du secteur des services de santé et de sa mosaïque d'activités. Par conséquent, le commerce international des services de santé n'est forcément qu'un des nombreux facteurs à considérer. Il faut donc en tenir compte, en partant du principe généralement reconnu que toute politique, lorsqu'elle touche la santé, doit viser d'abord et avant tout l'amélioration de la santé et des conditions de vie de la population.

Mattoo, A. 2001. « Shaping Future Rules for Trade in Services: Lessons from the GATS ». Banque mondiale. <http://econ.worldbank.org/files/1716_wps2596.pdf>. Extrait le 18 mai 2002.

Dans cet article, Mattoo soutient que l'on attribue avec raison à l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) la création d'un environnement plus sécuritaire pour le commerce des services. Mais s'il a institué un cadre utile de protection explicite, il n'a pas insufflé aux négociations l'élan nécessaire pour réduire cette protection, ni produit les règles nécessaires pour voir à ce qu'elle prenne une forme souhaitable. L'Accord s'est attaqué avec moins de succès encore à l'impact dissuasif des règlements nationaux sur le commerce. L'article donne à penser qu'il serait possible d'améliorer les règles de l'Accord, les engagements spécifiques des pays et les mécanismes de négociation.

McMichael, A.J. et R. Beaglehole. 2000. « The Changing Global Context of Public Health ». *The Lancet*. 356 (9228) : 495-499.

Cet article postule que les perspectives de santé sont de plus en plus tributaires de la mondialisation et de l'impact des changements environnementaux à l'échelle planétaire. Les auteurs sont d'avis que la mondialisation de l'économie – qui passe par la déréglementation du commerce et de l'investissement – est une arme à deux tranchants pour la santé. La croissance économique et la diffusion des technologies ont grandement prolongé l'espérance de vie. Mais certains aspects de la mondialisation compromettent la santé en détériorant les conditions sociales et environnementales, en creusant le fossé entre les riches et les pauvres et en propageant le consumérisme.

Ontario Health Coalition. 2001. « Round by Round: Are International Trade Deals Knocking Out Medicare? ». *OHC Newsletter*. Janvier : 1-2.

Selon ce rapport, la portée et la complexité renversantes de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) lui donnent beaucoup d'importance. L'AGCS s'applique aux mesures de tous les ordres de gouvernement (gouvernements fédéral, provinciaux, régionaux et municipaux, et Premières nations). Il touche l'environnement, la culture, les ressources naturelles, les soins de santé, l'éducation et les services sociaux. Il couvre pratiquement toutes les mesures gouvernementales, notamment les lois, les règlements, les lignes directrices, et même les pratiques non écrites. Il restreint les gouvernements dans ce qu'ils peuvent faire pour protéger les services par l'imposition de contraintes légalement exécutoires appuyées par des sanctions commerciales. L'AGCS est également assorti d'une clause d'indexation. Les gouvernements nationaux – y compris celui du Canada – se sont déjà engagés à participer à des rondes de négociations successives dans le but d'élargir et d'approfondir l'Accord.

Organisation mondiale de la santé et Organisation mondiale du commerce. 2002. *Les accords de l'OMC et la santé publique – Étude conjointe de l'OMS et du Secrétariat de l'OMC*. Genève : OMS/OMC.

Ce document explique les liens entre les accords de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) et certains aspects des politiques en matière de santé. Il cherche à éclairer les intervenantes et intervenants sur des questions fondamentales en relation avec le commerce et la santé lorsqu'ils y travaillent, communiquent entre eux à leur sujet ou en débattent. L'étude aborde des domaines comme les médicaments et la propriété intellectuelle, la sécurité alimentaire, le tabac et de nombreux autres sujets qui ont fait l'objet de débats passionnés. Dans ce travail conjoint sans précédent, l'OMS et l'OMC tentent d'exposer les faits.

Organisation panaméricaine de la santé. « Toward a Positive Multilateral Trade Agenda for Developing Countries: Meeting Conclusions and Recommendations ». *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives*. Publié sous la direction de C. Vieira et N. Drager. Washington : Organisation panaméricaine de la santé, p. 223-226.

Cet article présente les conclusions auxquelles en sont arrivés les participantes et participants à la réunion, selon lesquelles le commerce est essentiel au développement et la formulation de politiques bien définies sur le commerce des services de santé pourrait contribuer au bien-être économique. Historiquement, l'une des grandes préoccupations, c'est que le secteur de la santé souffre de façon disproportionnée en temps de crise économique et que les pauvres sont les plus touchés. On a recommandé, à l'issue de la réunion, que le secteur de la santé participe activement aux négociations sur les services afin d'aider à en déterminer les avantages éventuels tout en protégeant des iniquités les segments les plus vulnérables de la population.

Organisation panaméricaine de la santé, Division de la santé et du développement humain, et Organisation mondiale du commerce. 2002. « Trade in Health Services in the Region of the Americas ». *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives*. Publié sous la direction de C. Vieira et N. Drager. Washington : Organisation panaméricaine de la santé, p. 121-141.

Ce document de travail fait un survol des tendances récentes et de certains sujets de préoccupation touchant la commercialisation des services médicaux et des services de santé dans les Amériques. Les traditionnelles relations commerciales entre le Sud et le Nord se transforment rapidement et un réseau beaucoup plus complexe d'alliances est en voie de les supplanter. L'« industrie » des soins de santé et une myriade de services connexes sont au nombre des secteurs où le changement est le plus rapide. L'achat privé direct à l'étranger de services médicaux spécialisés est une activité plutôt sporadique dont l'impact est négligeable sur le pays des consommatrices et consommateurs fortunés. Aujourd'hui, toutefois, de nouvelles forces transforment l'accès aux biotechnologies, aux technologies de l'information, aux produits pharmaceutiques, aux services de santé directs et à l'assurance, de même qu'aux possibilités d'emploi qui s'y rattachent.

Ostry, A. 2001. « The New International Trade Regime: Problems for Publicly Funded Healthcare in Canada? ». *Revue canadienne de santé publique*. 31(3) : 475-480.

Cet article traite de l'impact direct que l'Organisation mondiale du commerce (OMC) pourrait avoir, par son influence sur le commerce des services de santé et des services auxiliaires, sur les systèmes de prestation de soins de santé financés par l'État. L'OMC devient un acteur important du commerce des soins de santé et des soins complémentaires. Cette situation devrait préoccuper en particulier des pays comme le Canada, qui possèdent un système de soins de santé financé par l'État. Deux grands secteurs pourraient devenir préoccupants. D'abord, au cours des 15 dernières années, au fur et à mesure que les coûts des médicaments se sont mis à grimper plus que toute autre dépense de santé, les gouvernements provinciaux ont vu leur pouvoir de contrôler ces coûts s'étioler en raison des règles restrictives sur le commerce et les brevets d'abord adoptées sous le régime de l'Accord de libre-échange, puis regroupées sous l'OMC. Ensuite, l'OMC et des représentants de l'industrie américaine des soins de santé considèrent que les systèmes de soins de santé financés par l'État comme celui du Canada sont d'éventuels marchés d'expansion du commerce des services de santé.

Ouellet, R. 2002. *Les effets des accords commerciaux internationaux sur les mesures canadiennes relatives à la santé : options pour le Canada en vue des prochaines négociations commerciales*. Étude n° 32. Saskatoon : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

L'auteur de cet exposé de principe soutient que la population canadienne se demande si, compte tenu des accords commerciaux signés au cours de la dernière décennie, nos gouvernements ont encore la latitude requise pour continuer à lui offrir des systèmes de santé répondant à ses attentes. Jusqu'à maintenant, le Canada a constamment soustrait nos systèmes de santé à l'application de ces accords en usant de divers moyens. Sur le plan multilatéral, les règles de l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce s'appliquent, à de rares exceptions près, à tous les produits, y compris à ceux de la santé. L'*Accord général sur le commerce des services* se fonde sur une approche tout à fait différente d'engagements spécifiques. Un membre de l'Organisation mondiale du commerce doit s'être expressément engagé à ouvrir sur son territoire le marché d'un secteur donné de services pour qu'il soit possible d'y accéder. Le Canada n'a pris aucun engagement du genre en regard des services de santé.

Peabody, J.W. 1996. « Economic Reform and Health Sector Policy: Lessons From Structural Adjustment Programs ». *Social Science Medicine*. 43(5) : 823-835.

Selon Peabody, d'un point de vue strictement économique, les programmes d'ajustement structurel (PAS) et les politiques de réforme économique sont considérés comme des mesures d'austérité à court terme qui entraînent la croissance et le développement à long terme. Dans le domaine de la santé, cependant, ces compromis intertemporels ne sont pas toujours acceptables. Les responsables des politiques en matière de santé doivent comprendre les incidences prévues et imprévues de la réforme économique sur les résultats pour la santé individuelle et collective. Il est plus facile d'en comprendre les interactions, complexes et multisectorielles, en étudiant l'expérience que les pays en développement ont eue des PAS pendant près de 15 ans. Il est possible que les budgets des soins de santé soient vulnérables à la réduction des dépenses gouvernementales, que la qualité des soins diminue,

que la nutrition se détériore davantage en milieu urbain et que les programmes économiques de prévention échouent si la main-d'oeuvre et le capital sont mal assortis.

Pollock, A, et D. Price. 2001. « Effects of World Trade on Public Health ». *The Lancet*. 358(9287) : 1097.

Selon les auteurs de cet article, l'Accord général sur le commerce des services (GATS) de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) couvre les soins de santé parce qu'il prévoit l'élimination de toute mesure gouvernementale qui nuit à l'accès des fournisseurs commerciaux et des investisseurs à tout marché de services. Le Secrétariat de l'OMC et la Communauté européenne ont soulevé des craintes par rapport à cette ambiguité et soulignent que les méthodes d'interprétation de la Convention de Vienne sur le droit des traités peuvent conférer à l'article un sens étroit ou général. Cet article montre qu'un comité de l'OMC a milité en faveur d'une interprétation étroite qui pourrait amener tous les services publics dans le giron de l'AGCS.

Programme des Nations Unies pour le développement. 2003. *Making Global Trade Work for People*. New York et Royaume-Uni : Earthscan Publications.

On laisse entendre dans ce rapport que l'on peut, et que l'on doit, faire du commerce un moteur de croissance et de développement humain. Pour y arriver, il faut déployer un effort sérieux et systématique afin de mettre en pratique les leçons de l'histoire, qui montrent qu'à quelques exceptions près, les pays aujourd'hui riches bénéficiaient jadis de bon nombre des protections qu'ils essaient maintenant de refuser aux pays en développement, ne s'en étant débarrassés qu'après être devenus riches et puissants. Il importe également de voir à harmoniser davantage le régime de commerce multilatéral et les grands objectifs de développement humain, à savoir aider les pauvres de partout à bénéficier des outils, des possibilités et des choix nécessaires pour bâtir une vie meilleure pour eux-mêmes, leur famille et leur communauté. C'est le seul moyen de renverser l'actuelle désaffection devant la mondialisation.

Saltman, R.B. 1997. « Globalization and the Future of Public Funding for Health Care Services ». *Eurohealth*. 3(3) : 34-36.

Ces dernières années, affirme Saltman, la mondialisation économique a été pour les ministres de la Santé une nouvelle raison d'interdire l'accès des systèmes publics de soins de santé à des ressources financières additionnelles et de réduire les fonds publics actuellement consacrés au financement de ces systèmes, quel qu'en soit le mode de calcul. Bien que le niveau de richesse demeure élevé dans les pays développés, il ne semble pas y avoir suffisamment d'argent pour financer des soins additionnels, ni même les soins existants. Cette croyance amène à son tour les responsables des politiques à vouloir non seulement accroître l'efficacité des soins de santé, mais également transférer une partie des dépenses de santé de l'État au secteur privé. C'est que la mondialisation et la régionalisation de l'économie compromettent la viabilité à long terme du financement public des services de soins de santé.

Sanger, M. 2001. *Reckless Abandon: Canada, the GATS and the Future of Health Care.* Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.

Ce rapport évalue les conséquences de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) pour le système de soins de santé du Canada. Il examine à la fois les engagements du Canada dans le cadre de l'actuel AGCS, entré en vigueur en 1994, et le programme de l'actuel cycle de négociations de l'AGCS, appelé AGCS 2000. Le rapport brosse un portrait des conséquences de l'AGCS sur les soins de santé, avant d'en évaluer les impacts sur l'assurance-maladie, les services hospitaliers et les soins à domicile. L'analyse de ces trois services de santé cruciaux donne un aperçu de la gamme entière des impacts de l'AGCS. Il s'agit notamment de prouver qu'il est impérieux d'étudier la question plus à fond et de débattre pleinement sur la place publique des effets profonds que l'AGCS pourrait avoir sur le système canadien de soins de santé.

Sbarbaro, J.A. 2000. *Trade Liberalization in Health Insurance: Opportunities and Challenges: The Potential Impact of Introducing or Expanding the Availability of Private Health Insurance within Low and Middle Income Countries.* Document n° WG 4 : 6. Série d'études de la Commission macroéconomie et santé.

L'auteur affirme que les possibilités d'investissement, les nouvelles technologies et l'élargissement des règles du commerce mondial aux services ont multiplié les possibilités de commerce international de l'assurance-maladie. La mondialisation de l'assurance-maladie est très pertinente pour la question de la macroéconomie et de la santé parce que l'assurance-maladie est un modèle – par ailleurs puissant – de financement des services de santé (médecins, infirmières et infirmiers et autres personnels) et des produits pharmaceutiques. Étant donné que les services de santé sont des produits publics beaucoup plus complexes que ne le sont les produits et services intermédiaires, on en conteste de plus en plus l'efficience et l'équité, ce qui est exacerbé par l'avènement de l'assurance-maladie privée. De plus, aucun contentieux sur les brevets ne retarde la mise en oeuvre transfrontalière de ces services.

Sexton, S. 2001. « GATS and Health Care ». *GATS and Democracy.* Genève : Seattle to Brussels Network, 18.

Dans cet article, Sexton soutient que l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) facilite le développement de marchés qui permettent à quiconque en a les moyens d'acheter des soins de santé et à quiconque cherche à faire fructifier l'argent de ses actionnaires à vendre de tels soins. Selon Sexton, les personnes qui n'en ont pas les moyens ou celles que les assureurs jugent trop à risque, trop vieilles ou trop malades y perdent au change. De plus, ce que l'on vend, ce ne sont pas des soins de santé, mais des produits de santé et des actes médicaux. Dans le marché de la santé, un système à deux vitesses a tôt fait de voir le jour. Le secteur à but lucratif va écrémer la clientèle en santé et fortunée, les subventions publiques et le personnel de l'État, laissant le soin à un secteur public amaigri de répondre aux urgences, de former le personnel et de s'occuper des personnes âgées, des malades chroniques et des pauvres, bref des personnes qui ont le plus besoin de soins de santé.

Sexton, S. 2001. « Trading Health Care Away? ». *The Cornerhouse Briefing 23*. <http://cornerhouse.icaap.org/briefings/23.html>. Extrait le 18 mai 2002.

Sexton soutient que les États-Unis, l'Union européenne, le Japon et le Canada tentent de réviser l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) afin de pouvoir l'utiliser pour renverser n'importe quelle mesure législative, ou presque, régissant les services de l'échelon local à l'échelon national. Ce changement reviendrait à céder à l'Organisation mondiale du commerce le pouvoir de formuler les politiques intérieures, même sur des questions comme les heures d'ouverture des commerces ou la hauteur et l'emplacement des nouveaux immeubles. Toute mesure législative servirait avant tout à faire rayonner le commerce. L'AGCS met particulièrement en péril des services publics tels que les soins de santé, l'éducation, l'énergie, l'eau et les services sanitaires. La privatisation, les ajustements structurels et la compression des dépenses publiques font déjà passer le contrôle de ces services aux mains du secteur commercial. Un AGCS révisé pourrait élargir l'accès du secteur commercial à ces services et rendre la privatisation pratiquement impossible à renverser.

Sikes, L. 1998. *On the Triennial Review by the World Trade Organization on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures (the "SPS Agreement")*. Public Citizen, Global Trade Watch.

L'auteure répond à la demande de commentaires 62 Fed. Reg. 64618 (8 décembre 1997) de l'Office of the United States Trade Representative sur l'examen que le Comité des mesures sanitaires et phytosanitaires (CMSP) de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) a fait de l'Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires (Accord MSP). Ses commentaires traitent surtout de la crainte que l'Accord MSP garantisse mal le droit d'un pays d'adopter et d'appliquer des règlements pour protéger la santé et la vie des personnes et des animaux et préserver les végétaux, et de décider du degré de protection de la vie et de la santé qu'il juge opportun.

Sinclair, S, et J. Grieshaber-Otto. 2002. « WTO Services Treaty Expanding into Public Services and Domestic Regulation, Areas Thought Off-Limits to International Trade Agreements ». Centre canadien de politiques alternatives. <http://www.policyalternatives.ca/publications/comment41.html>. Extrait le 2 juillet 2002.

Dans ce rapport, les auteurs affirment qu'à l'insu de la plupart des Canadiennes et Canadiens, de hauts fonctionnaires du gouvernement reviennent tout juste de Genève, après y avoir participé à une séance de négociation visant à élargir la portée de l'accord sur les services de l'Organisation mondiale du commerce à des secteurs considérés d'ordinaire comme du ressort exclusif des responsables des politiques intérieures. Il y a sur la table des services publics, tels que l'éducation et la santé, et des textes d'application, comme des lois sur la lutte contre le tabac et la protection de l'environnement. Bien qu'il soit encore très peu notoire, ce traité exécutoire est à juste titre controversé. Son sujet – les services – est d'une ampleur quasi inimaginable. L'AGCS influe sur la façon dont les gouvernements réglementent les services – de l'analyse de l'eau à la chirurgie cardiaque. Il restreint les mesures prises par tous les niveaux d'administration, qu'ils soient centraux, régionaux ou locaux.

Vellinga, J. 2001. *Commerce international, régimes de soins de santé et services de santé : l'optique de la politique en matière de santé*. Ottawa : Santé Canada.

Ce document examine certains liens entre le commerce international et les services de santé à travers le prisme de la politique en matière de santé. Le commerce des services de santé peut avoir des conséquences de grande portée pour le secteur de la santé et la santé et opposer des objectifs commerciaux et économiques aux objectifs sanitaires et sociaux. Il importe donc que les milieux de l'élaboration des politiques en matière de santé, de la recherche en santé et de la politique commerciale déterminent les principaux enjeux soulevés par le commerce des services et s'y attaquent. Un cadre est suggéré pour l'étude des relations entre le commerce international et la santé. Quelle est l'importance, doit-on surtout se demander, du commerce international dans l'atteinte des objectifs en matière de santé? Cette influence sur la santé s'exerce tant dans le cadre du commerce de marchandises (produits pour la santé ou autres) que du commerce des services. Mais la relation va beaucoup plus loin. Le commerce international peut agir sur des déterminants clés de la santé.

Vellinga, J. 2002. « An Approach to Trade and Health at Health Canada ». *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives*. Publié sous la direction de C. Vieira et N. Drager. Washington : Organisation panaméricaine de la santé, p. 193-196.

Dans cet article, l'auteur décrit l'approche que Santé Canada met en place pour s'attaquer à la problématique des visées du commerce international dans le domaine de la santé. Plus précisément, Santé Canada veut s'assurer qu'il soit tenu compte, dans les pourparlers commerciaux, de sa perspective et de ses préoccupations en matière de santé. Dans ce contexte, les activités menées par Santé Canada en 1999 étaient le fruit d'événements commerciaux antérieurs dont on avait tiré d'importantes leçons. Cet article précise non seulement ce que Santé Canada cherche à faire, mais également pourquoi et comment.

Waghorne, M. 2000. « Health Services for Trade ». Conference on the World Trade Organization (WTO). Implications of EU Global Trade Policy on Health, Bruxelles.

Cette communication traite des conséquences de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) pour les services de santé et des moyens de les conserver dans les mains des pouvoirs publics et sous le contrôle des gouvernements nationaux. Bien que certains dossiers soient abordés sous l'angle de l'Europe, beaucoup ont un rayonnement international. La position de la Commission européenne, qui fait pression pour une libéralisation accrue, sous le régime de l'AGCS, des services de santé dans les pays en développement, tout en cherchant à conserver le *statu quo* en Europe, fait ressortir cette dichotomie européenne et mondiale.

Woodward, D., N. Drager, R. Beaglehole et D.J. Lipson. 2001. *Globalisation and Health: A Framework for Analysis and Action*. Document n° WG 4 : 10. Série d'études de la Commission macroéconomie et santé. <http://www.cmhealth.org/docs/wg4_paper10.pdf>. Extrait le 23 mai 2002.

Cet article propose un cadre pour la compréhension et l'analyse de la mondialisation, surtout ses dimensions économiques, et de ses impacts sur la santé. Il présente également une série d'objectifs d'intervention à l'échelle nationale et internationale afin de protéger et de promouvoir la santé, surtout des populations pauvres, à l'heure de la mondialisation.

Premièrement, il est essentiel de convenir d'un cadre d'analyse pour bien évaluer les effets de la mondialisation sur la santé, établir un programme de recherche et élaborer de judicieuses mesures de riposte. Deuxièmement, la mondialisation a sur les économies nationales et celles des ménages des effets indirects importants pour les résultats en matière de santé, ainsi que des effets plus patents et plus directs sur les risques pour la santé et le secteur de la santé. Troisièmement, la mondialisation n'aura d'effets optimaux que lorsque les améliorations à la santé et au bien-être deviendront des objectifs au centre de la formulation des politiques économiques nationales ainsi que de la conception et de la gestion du système économique international.

Woodward, D., N. Drager, R. Beaglehole et D.J. Lipson. 2002. « Globalization, Global Public Goods, and Health ». *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives*. Publié sous la direction de C. Vieira et N. Drager. Washington : Organisation panaméricaine de la santé, p. 3-11.

Ce chapitre met l'accent sur la mondialisation de l'économie, qui est à la fois l'une des charnières et des grandes forces motrices du processus de mondialisation dans son ensemble et un facteur crucial de son impact sur la santé. Il décrit les principaux liens entre la mondialisation et la santé et propose le concept du bien collectif mondial et de ses possibles applications à la santé, le présentant comme un contrepoids pro-santé au processus de mondialisation.

Genre, commerce international et mondialisation

Afshar, H. et C. Dennis (dir.). 1992. *Women and Adjustment Policies in the Third World*. Women's Studies at York/Macmillan Series. Londres : Macmillan Academic and Professional Ltd.

Selon les collaborateurs de cet ouvrage, l'évolution de la conjoncture politique et économique des années 1980 a poussé de nombreux pays en développement à changer carrément d'orientation. Si les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques et les pays nouvellement industrialisés se sont remis de la récession du début des années 1980, les pays en développement n'y sont pas arrivés. Cela tient en partie à la crise de l'endettement et à la détérioration des termes de l'échange, de même qu'à la faiblesse de la politique d'État et à la folle course aux emprunts internationaux de la décennie précédente. De nombreux pays en développement ont ainsi été forcés à réduire leurs dépenses et à mettre en place une série de politiques de développement des marchés. Les femmes en général, et plus particulièrement les plus pauvres, ont subi une part démesurée des difficultés subséquentes. Cet ouvrage s'attaque aux lacunes générales des cadres d'analyse actuels, qui ne tiennent pas compte des différences entre les sexes, des organismes gouvernementaux et des organisations financières internationales.

Allaert, B., et N. Forman. 1999. « Gender, Trade and Rights: Moving Forward ». *WIDE Bulletin*. Bruxelles.

On affirme dans cet article que la reconnaissance progressive des droits des femmes par les organismes internationaux, régionaux et nationaux et leur engagement à en assurer le respect sont, malgré toute leur lenteur, annonciateurs d'adieux au XX^{e} siècle prometteurs pour les femmes. Tout de même, souligne-t-on, l'imminence du nouveau millénaire nous

donne l'occasion de déterminer jusqu'à quel point les femmes ont avancé dans leur combat pour faire reconnaître leurs droits et, surtout, de voir dans quelle mesure cette reconnaissance est mise en pratique. Le bulletin s'inscrit dans la foulée des travaux effectués par WIDE au fil des ans sur le genre et le commerce. Dans ce recueil d'articles, il appert que les partenaires en quête d'un monde plus équitable et durable devront resserrer leurs partenariats, travailler en réseau, se solidariser davantage et redoubler d'ardeur collective.

Antrobus, A., B. Cranney et A. Isla. 2002. *Canadian Woman Studies: Women, Globalization and International Trade*. 21/22 (4/1).

Les auteures de cet ouvrage affirment qu'il faut s'inspirer de la pluralité de savoir et d'expérience des groupes de femmes du Canada et de l'étranger, surtout des plus directement et des plus négativement touchés par les processus de commerce et de mondialisation à tendance néo-libérale de l'heure, afin de bien comprendre la nature de ces processus, les fluctuations de notre propre position à leur égard et la possibilité de bâtir de solides alliances et mouvements pour y résister et les transformer.

Ashworth, G. 1992. « Politicising Gender and Structural Adjustment ». *Women and Adjustment Policies in the Third World*. Publié sous la direction de H. Afshar et C. Dennis. Londres : Macmillan Academic and Professional Ltd, p. 233-252.

L'auteure soutient que, si le but de la recherche est de révéler, celui de la défense des intérêts est de voir la révélation se traduire par une prise de conscience, puis par des politiques et des mesures de redressement. Ce chapitre ne cherche pas à analyser tant l'impact de l'ajustement structurel sur les femmes que le processus servant à faire connaître cet impact, à postuler des mesures de limitation, voire de prévention, des dégâts, de même qu'à proposer des solutions de rechange aux modes d'ajustement actuels.

Baden, S. et A.M. Goetz. 1998. « Who Needs [Sex] When You Can Have [Gender]? Conflicting Discourses on Gender at Beijing ». *Feminist Visions of Development: Gender Analysis and Policy*. Publié sous la direction de C. Jackson et R. Pearson. Londres, New York : Routledge, p. 19-38.

Ce chapitre s'inspire de l'opposition des travailleuses et travailleurs communautaires et des militantes féministes du Sud à l'approche genre et développement (GED). Cette opposition s'inscrit dans la foulée du débat actuel sur l'institutionnalisation du genre dans la politique et la pratique du développement, et a trait à la dépolitisation perçue du concept qu'est le genre. Les auteures explorent une critique tout à fait unique du genre venant de groupes conservateurs, lesquels se sont attaqués au genre durant la ronde de Beijing, le qualifiant d'approche trop extrémiste et sous-représentative pour la réflexion au sujet des relations sociales. Elles étudient la façon dont la critique conservatrice fait ressortir les contradictions entre les théories féministes sur le genre. On s'interroge dans les deux sections sur le sort que réservent les militantes et les responsables des politiques aux concepts féministes et sur le rôle des auteures et auteurs dans le processus, en tant que chercheuses et chercheurs en GED.

Bakker, I. 1996. *Rethinking Restructuring: Gender and Change in Canada*. Toronto : Toronto University Press.

Au cours de la dernière décennie, les responsables des politiques au Canada ont dû réexaminer des instruments de gouvernance notoires et des programmes établis en raison de l'augmentation des déficits budgétaires, de l'instabilité de l'économie et de l'évolution rapide de l'économie mondiale. Ce recueil de 18 essais originaux fait un examen critique de la restructuration politique et économique dans la perspective du genre. Selon les auteures, la mouvance en cours au sein de l'ordre mondial témoigne des effets contradictoires d'un double processus d'érosion et d'intensification du genre. Comme la polarisation des marchés de l'emploi fait converger l'expérience de travail des hommes et celle des femmes, il semble moins important de tenir compte du genre pour comprendre l'économie politique mondiale. Par ailleurs, le genre intervient de manière plus déterminante dans la transformation des politiques et des marchés en raison de l'évolution du rôle que jouent les femmes en tant que travailleuses, soignantes et consommatrices.

Barndt, D. (dir.). 1999. *Women Working the NAFTA Food Chain: Women, Food and Globalization*. Women's Issues Publishing Program. Toronto : Second Story Press.

On soutient dans ce livre l'existence d'un lien spécial entre les femmes et la nourriture. Dans la plupart des cultures, les femmes jouent un rôle majeur dans la production et la préparation des aliments. Dans le système alimentaire continental, sur lequel porte principalement ce livre, les femmes sont au cœur de la production et de la consommation des aliments : elles cultivent, cueillent et emballent les aliments frais, dans le secteur agro-alimentaire; elles travaillent aux lignes de montage à transformer les aliments pour les mettre en boîte et les embouteiller; elles sont caissières et passent nos achats au scanner, les pèsent, en calculent le prix et les ensachent; dans les restaurants, elles sont serveuses, ou elles sont cuisinières et découpent et cuisent les aliments. L'expérience qu'ont les femmes du système alimentaire sert aussi de fenêtre sur l'actuelle restructuration du travail dans la nouvelle économie planétaire. Les auteures concluent également que ce sont les femmes qui prennent l'initiative d'amener leurs communautés à trouver des solutions de rechange locales au système de plus en plus mondialisé qu'est celui de l'alimentation.

Beneria, L. et A. Lind. 1995. « Engendering International Trade: Concepts, Policy and Action ». Document de travail du programme GSD n° 5.

Dans ce document, on tente de s'attaquer à l'intégration du genre au débat sur le commerce et aux conséquences sur l'égalité hommes-femmes des politiques et des mesures commerciales. Il a été rédigé dans le but de conceptualiser des questions pertinentes pour les futures recherches stratégiques sur le genre et le commerce. Au départ, il faut se demander jusqu'à quel point le genre est une notion qui présente un intérêt pour les discussions sur le commerce. Le document explore les domaines dans lesquels on peut retracer les liens entre les deux. Cela va des effets du commerce sur l'emploi (en particulier l'emploi des femmes) aux questions liées au genre et à la technologie, en passant par la féminisation de la main-d'oeuvre, les zones franches et les aspects de l'ajustement structurel touchant le genre et le commerce. Il est peut-être inutile de promouvoir les micro-entreprises féminines si, par exemple, ces entreprises

ne peuvent résister aux pressions concurrentielles de la libéralisation du commerce. Il importe de garder ces questions à l'esprit lorsqu'on examine les conséquences de la politique commerciale sous l'angle du genre.

Berger, S. 2001. « Political Economy Discourses of Globalization and Feminist Politics ». *Signs: Journal of Women in Culture and Society*. 26(4) : 983-1006.

Dans cet article, l'auteure s'interroge sur le bien-fondé des représentations conventionnelles de la mondialisation et examine leurs conséquences afin d'imaginer la subjectivité féministe à l'intérieur du capital mondial et sa résistance à celui-ci. Elle se concentre sur la construction de subjectivités dans les écrits d'économie politique sur le genre et la mondialisation. La réflexion contemporaine sur la mondialisation ne se limite bien sûr pas aux formes de celle-ci en économie politique. Ce thème s'articule autour d'un discours à la fois universitaire et militant, culturel et littéraire, s'inspirant également d'autres formes et tribunes d'expression disciplinaire. Il n'en demeure pas moins que la connaissance de la politique économique a contribué à façonner ces perspectives. Ainsi, les féministes de tous les domaines doivent chercher à démêler les divers sens que l'on prête à l'économie politique de la mondialisation.

Blacklock, C. 2000. *Les Canadiennes et le commerce : survol des principaux enjeux*. Ottawa : Condition féminine Canada.

Ce document examine l'évolution du commerce au cours de la dernière décennie et son impact sur la vie des femmes. Il met en relief la pluralité des points de vue des féministes concernant les avantages du commerce et les meilleures réponses. L'auteure explique que les pressions de la libéralisation du commerce sur le gouvernement forcent souvent celui-ci à réduire ses dépenses, ce qui a des effets néfastes sur les utilisatrices des programmes sociaux, dont le régime universel de soins de santé. Les effets selon le sexe de la libéralisation du commerce se font surtout sentir dans les soins de santé, l'éducation, l'entrepreneuriat et l'agriculture, choisis à la fois pour l'importance de leur rôle dans la politique commerciale et la vie de nombreuses Canadiennes. L'auteure mentionne par ailleurs que l'Accord général sur le commerce des services pourrait avoir un impact sur les services de santé, et elle souligne que les femmes pourraient y trouver leur compte. Elle croit toutefois plus probable que les femmes y perdront au change.

Cagatay, N. 2000. *Trade, Gender and Poverty*. New York : Programme des Nations Unies pour le développement.

Ce document met l'accent sur la relation entre le commerce, d'une part, et le genre et la pauvreté, d'autre part, avec comme toile de fond le paradigme du développement humain. On s'intéresse plus précisément à l'impact de la libéralisation du commerce sur les inégalités entre les sexes (surtout du côté de l'emploi, des salaires et de l'économie des soins) et à l'incidence de l'inégalité entre les sexes sur le rendement commercial. Ces interactions sont examinées à la lumière des écrits grand public sur le commerce, la croissance et la réduction de la pauvreté, qui définissent la pauvreté en fonction du revenu ou de la consommation, tout en faisant largement abstraction du genre. Ce document traite également des conséquences stratégiques d'une façon d'aborder l'analyse du commerce international et l'actuel régime de commerce mondial qui tienne compte du genre.

Cohen, M.G. 1987. *Free Trade and the Future of Women's Work: Manufacturing and Service Industries*. Toronto : Garamond Press.

Cette étude visait à réagir à l'indifférence du gouvernement canadien par rapport à l'impact éventuel du libre-échange avec les États-Unis sur les femmes. Selon l'auteure, le Canada a entrepris de négocier le libre-échange avec les États-Unis sous la pression des grandes entreprises et a foncé tête baissée dans l'accord sans en débattre publiquement et sans savoir où il nous mènerait. Il s'agit d'une étude fragmentaire, car l'auteure n'a pas été en mesure d'examiner l'ensemble des industries et professions où l'arrivée d'un accord de libre-échange menace le travail des femmes. Elle pense cependant que, dans certains secteurs, en particulier celui de la fabrication, l'impact s'en fera sentir sous peu. Ailleurs cependant, comme dans les services publics, les changements interviendront plus graduellement et sur une assez longue période, en réponse à la nécessité d'harmoniser la politique sociale.

Cohen, M.G., L. Ritchie, M. Swenarchuk et L. Vosko. 2002. « Globalization: Some Implications and Strategies for Women ». *Women's Studies/Les cahiers de la femme : Women, Globalization and International Trade*. 21(22) : 6-14.

Cet article s'attarde à deux domaines auxquels les féministes se sont peu intéressées jusqu'à maintenant, mais qui témoignent de la direction que nous fait emprunter la mondialisation. La première section porte sur la menace que font peser sur nos institutions démocratiques, dans leur forme actuelle, les nouveaux processus judiciaires issus de la mondialisation. Les auteures cherchent principalement à faire valoir qu'à l'échelle internationale et nationale, les processus juridiques accessibles, ouverts et publics personnifiant nos idéaux démocratiques sont en voie de céder la place à des tractations secrètes derrière des portes closes. Les nouvelles institutions qui voient le jour ne sont pas démocratiques, ne remplacent pas les mécanismes de contrôle des marchés des pays et font basculer le pouvoir du côté des sociétés internationales.

Dewan, R. 1999. « Gender Implications of the "New" Economic Policy: A Conceptual Overview ». *Women's Studies International Forum*. 22(4) : 425-429.

Cet article examine les effets de la mondialisation sur l'ouverture de l'économie indienne au commerce international. Les réformes économiques entreprises dans le cadre du nouveau programme d'ajustement structurel (1991) prévoient la déréglementation de l'économie pour permettre aux forces du libre marché d'agir sans entraves. En raison de la concurrence de plus en plus vive sur les marchés mondiaux, les conditions d'emploi se sont dégradées et les dépenses publiques au titre des services sociaux et de l'assistance sociale ont diminué. Cet article en montre l'impact sur les femmes et révèle en quoi les responsables des politiques supposent qu'il est possible de transférer « sans frais » le fardeau des services sociaux de l'économie « productive » à l'économie « improductive », c'est-à-dire aux femmes dans les ménages. L'auteure conclut que les multiples rôles des femmes dans la production et la reproduction sont occultés par l'absence d'une analyse comparée selon le genre dans la formulation des politiques économiques.

Durano, M.F.B. 2001. « Gender Issues in International Trade, Centre of Concern ». <http://www.coc.org/pdfs/coc/gender_issues.pdf>. Extrait le 8 juillet 2002.

Selon l'auteure de ce rapport, depuis quelques décennies, l'élargissement des négociations commerciales internationales force quiconque est en périphérie de l'élaboration des politiques à analyser l'impact des changements dans une optique globale. L'auteure décrit brièvement les maints effets du commerce sur les femmes et les hommes et suggère de pousser plus à fond la recherche afin de mieux comprendre la problématique du genre dans le commerce international.

Evers, B. 1999. « Engendering the Trade Policy Review Mechanism of the WTO ». *Gender Focus on the WTO*. Publié sous la direction d'E. Haxton et C. Olsson. Suède : Global Publications Foundation, p. 91-99.

L'auteure affirme qu'on reproche parfois à l'Organisation mondiale du commerce (OMC) de ne pas rendre de comptes aux économies nationales et de ne pas représenter les femmes, ni défendre leurs intérêts. Il est préoccupant de voir que l'OMC ne rend pas de comptes à l'égard du mandat des Nations Unies relativement à la question de l'équité entre les sexes et qu'il ne s'y fait pas d'analyse selon le genre des enjeux commerciaux. Cet article cherche très précisément à rendre le processus d'examen des politiques commerciales plus sensible aux enjeux hommes-femmes. Il propose des moyens d'intégrer le genre aux principaux documents d'orientation des pays membres et de l'OMC dans le cadre de ce processus.

Evers, B. 2002. « Gender, International Trade and the Trade Policy Review Mechanism: Conceptual Reference Points for UNCTAD ». Gapresearch.org, Institute of Development Studies. <http://www.gapresearch.org/governance/BE%20evers%20unctad%20paper1.pdf>. Extrait le 6 août 2002.

L'auteure s'interroge sur le degré de transparence du processus national de formulation des politiques commerciales et se demande jusqu'à quel point il tient compte des intérêts des pauvres. Elle s'intéresse plus particulièrement aux femmes du secteur horticole, qu'elles soient travailleuses ou exploitantes agricoles à contrat. Elle se demande dans quelle mesure le programme mondial de commerce et de développement peut rendre compte des grandes préoccupations des travailleuses. L'auteure convient entièrement de la nécessité de mieux outiller les pays en développement pour leur permettre de participer utilement à l'Organisation mondiale du commerce (OMC) et de tirer parti des nouvelles règles commerciales et de la mondialisation en général. Elle soutient cependant que cet exercice ne sera pas suffisant pour renforcer l'obligation de rendre compte des gouvernements nationaux envers les personnes indigentes et marginalisées, et surtout les femmes pauvres.

Foerde, J.G. 1999. « Giving Trade a Human Face: Gender and Development Action on International Trade – Strategies, Work and the WTO Focus of the IWGGT ». *Gender Focus on the WTO*. Publié sous la direction de E. Haxton et C. Olsson. Suède : Global Publications Foundation, p. 115-141.

L'auteure affirme que la matérialisation des droits économiques, sociaux et culturels devrait être le cadre fondamental et la finalité de tout accord et de toute règle concernant le commerce multilatéral et bilatéral, l'investissement et les finances. Elle prône une

façon fondée sur les droits d'appliquer l'intégration de la préoccupation transsectorielle du genre et de la femme dans l'optique du développement aux travaux et règles du commerce international et à l'OMC. Elle décrit également les antécédents et la situation entourant l'intérêt que l'on porte dans le monde à l'OMC et au commerce international, dans l'optique internationale de « l'intervention pour le genre », ainsi que l'exprime le réseau international Informal Working Group on Gender and Trade.

Fontana, M., S.P. Joekes et R. Masika. 1998. « Global Trade Expansion and Liberalization: Gender Issues and Impacts ». *BRIDGE Report Institute of Development Studies*. 42 : 1-81.

Selon ce document, il importe de faire une analyse comparative entre les sexes pour comprendre pourquoi certains pays, secteurs ou régions sont incapables de capitaliser sur les possibilités d'échanges commerciaux qui leur sont offertes, ce qui découle en partie de rigidités et de distorsions, notamment de distorsions par le genre sur les marchés des facteurs. On y constate que l'expansion commerciale procure des avantages différents selon que l'on est une femme, un homme ou un groupe de femmes plutôt qu'un autre, ce qui a des répercussions sur l'objectif de l'égalité entre les sexes comme sur celui de la réduction de la pauvreté. Les conséquences positives et négatives pour les femmes de la libéralisation et de l'expansion du commerce, tant dans l'absolu que par rapport aux hommes, ont été combinées selon une gamme de facteurs et de conditions préalables.

Fontana, M. et A. Wood. 2000. « Modeling the Effects of Trade on Women, at Work and at Home ». *World Development*. 28(7) : 1173-1190.

Le commerce mondial a des répercussions sur le salaire, l'emploi, le travail ménager et les loisirs des femmes. Cet article développe un modèle couvrant non seulement tous les secteurs de l'économie de marché, mais également les activités de reproduction sociale et de loisir, pour les femmes et les hommes séparément. Le modèle, qui, à d'autres égards, est un modèle informatique d'équilibre général type, est appliqué à un ensemble simplifié de données pour le Bangladesh. On en illustre l'emploi en simulant les effets selon le genre de changements intervenus dans les politiques commerciales et les flux de capitaux.

Granada, D. 2000. « A Response by Women to the Rapid Diminution of Health and Other Social Services ». *Health & Human Development in the New Global Economy: The Contributions and Perspectives of Civil Society in the Americas*. Publié sous la direction de A. Bambas, J.A. Casas, H.A. Drayton et A. Valdés. Washington : Organisation panaméricaine de la santé, p. 305-308.

L'auteure soutient que le gouvernement du Nicaragua est un acteur consentant du système économique international, qui prêche l'individualisme et la cupidité et renonce à toute responsabilité à l'égard du bien-être de sa population. Obéissant aux règles d'ajustement structurel dictées par le Fonds monétaire international et la Banque mondiale pour amortir sa dette extérieure, le Nicaragua verse 1 $US aux services sociaux et à l'éducation pour chaque tranche de 5 $US consacrée au service de la dette extérieure. L'auteure affirme que les accusations de corruption pleuvent à l'endroit du gouvernement, accusé d'être mêlé au trafic de la drogue et d'avoir des politiques en matière de santé conformes à la position de l'église catholique romaine contre les femmes.

Hale, A. 1999. « The Voice of Experience: What Women Know About the Impact of the New Trade Agenda ». *Gender Focus on the WTO*. Publié sous la direction de E. Haxton et C. Olsson. Suède : Global Publications Foundation, p. 55-66.

Selon l'auteure de ce document, la politique commerciale est conçue et mise en oeuvre par les hautes instances de lointains forums, mais a des impacts sur le quotidien de toutes les couches de la société. Les hommes et les femmes en ressentent les effets différemment parce qu'ils occupent des postes différents dans la chaîne de production et de distribution.

Hassanali, S. 2000. *Commerce international : intégration des considérations liées à l'égalité entre les sexes dans le processus d'élaboration des politiques – Initiatives et leçons*. Ottawa, Condition féminine Canada.

Ce document examine les moyens qui permettraient aux structures et processus au sein desquels se formule la politique commerciale de contribuer à susciter l'intérêt des responsables des politiques à la problématique hommes-femmes et à examiner les efforts déployés antérieurement pour intégrer les considérations liées au genre à la formulation de la politique commerciale. La deuxième section examine divers mécanismes de consultation déjà en place et analyse jusqu'à quel point ces mécanismes ont facilité la participation des femmes. La troisième section étudie les efforts déployés par les groupes de femmes au Canada et à l'étranger pour influer sur le programme de politique commerciale, lequel est centré sur l'Accord de libre-échange entre le Canada et les États-Unis, l'Accord de libre-échange nord-américain, l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce, l'Organisation mondiale du commerce et la Zone de libre-échange des Amériques. La quatrième section examine plus attentivement l'approche légèrement différente prise par l'Organisation de coopération économique Asie-Pacifique : celle de l'intégration des considérations liées à l'égalité entre les sexes.

Henriquez, J.D. 1999. « The Illusion of Inclusion ». *Gender Focus on the WTO*. Publié sous la direction de E. Haxton et C. Olsson. Suède : Global Publications Foundation, p. 100-114.

L'auteure soutient que la Convention de Lomé a donné aux 71 pays en développement « l'illusion de l'inclusion » en faisant d'eux des partenaires de la Communauté européenne. Les Conventions de Lomé antérieures n'ont pas réussi à régler convenablement le problème de la pauvreté dans ces pays et ont omis d'y faire participer les parties prenantes, surtout les femmes.

Keller-Herzog, A. 1996. *Document de travail – Mondialisation et problématique hommes-femmes : réflexions et interventions en matière de développement*. Ottawa : Agence canadienne de développement international, Division de l'intégration de la femme au développement et de l'égalité des sexes, Direction générale des politiques.

Selon ce document, l'énoncé officiel de politique étrangère du Canada reconnaît que la mondialisation a de retentissantes répercussions économiques. Les responsables de la politique nationale du Canada doivent tenir compte de la mondialisation et de ses effets sur la population canadienne, effets nuisibles ou propices à la politique intérieure et à la politique extérieure. Dans le même ordre d'idées, la mondialisation a des conséquences pour les responsables des politiques des pays en développement. Ce document de travail aborde la mondialisation et ses incidences pour les pays en développement du point de vue du rapport entre les sexes. Cette approche vise à renforcer la capacité de l'ACDI de

s'acquitter de ses fonctions en tant que partenaire et de ses responsabilités dans les pays en développement.

Konig, S. 1999. « Embracing Women as Full Owners of Human Rights ». *Gender Focus on the WTO*. Publié sous la direction de E. Haxton et C. Olsson. Suède : Global Publications Foundation, pp. 15-39.

L'auteure soutient que les droits de la personne sont une idéologie politico-économique. Les normes relatives aux droits de la personne prescrivent et approfondissent une pratique culturelle, idéologique et politique qui fait briller la promesse d'un avenir à l'enseigne de la dignité et de la paix pour l'humanité. Ce chapitre explique brièvement les tenants et aboutissants de cette pratique et la façon de la mettre en oeuvre. L'essai postule que, si chaque femme, homme et enfant se savait porteuse ou porteur de droits de la personne et luttait pour la justice économique et sociale en invoquant ces droits, un nouveau régime politico-économique verrait le jour.

Lamy, P. 2001. *Libéralisation du commerce et globalisation – Quelles conséquences sur la vie des femmes?* Séminaire du LEF, Barcelone, Lobby européen des femmes.

Dans son discours, Lamy soutient que la neutralité du droit du commerce international sur la question du genre (et la neutralité doit régir les obligations entre États) n'exclut pas pour autant la discussion sur la finalité des négociations, dans le domaine du commerce comme en toute chose. Pour l'Union européenne, la gouvernance mondiale permet un développement durable sur les plans social, économique et environnemental. Ce sont les politiques qui, dans cette perspective, définissent les moyens appropriés de s'attaquer aux différents enjeux liés au genre, qu'il s'agisse de politiques intérieures, appuyées au besoin par une aide internationale opportune, de politiques communes, comme celles qui soutiennent l'édifice de l'Union européenne, ou d'engagements internationaux.

Marchand, M.H. et A.S. Runyan (dir.). 2000. *Gender and Global Restructuring: Sightings, Sites and Resistances*. Série Routledge/RIPE sur l'économie politique mondiale. Londres et New York : Routledge.

Nous amenant au-delà des limites étroites des approches conventionnelles de la mondialisation, cet ouvrage fait ressortir les complexités et les contradictions inhérentes à la restructuration mondiale. La restructuration n'est pas que matérielle; elle est également identitaire et géographique. Les analyses insensibles au genre ont jusqu'à maintenant fait fi des différences de contexte national et international des États, des marchés et de la société civile en voie de restructuration, ainsi que des ménages, où elles ont de profondes répercussions sur le quotidien des hommes et des femmes.

Marsden, L. 1992. *Timing and Presence: Getting Women's Issues on the Trade Agenda.* Document de travail du programme GSD n° 3. Toronto : Fédération internationale des instituts des hautes études.

Ce document de travail examine une série d'accords commerciaux multilatéraux et bilatéraux qui ont changé la nature et la substance de l'action dans le secteur social d'un certain nombre de pays. Les changements apportés semblent avoir eu un impact sur la vie des femmes, bien qu'il soit difficile de le quantifier en raison de son caractère

souvent indirect. Dans ce document, l'auteure porte une attention particulière à l'Accord de libre-échange entre le Canada et les États-Unis, négocié à la fin des années 1980. Cet accord lui sert de modèle d'examen du processus d'inclusion ou d'exclusion du secteur social. Elle fait référence au marché unique de la Communauté économique européenne à titre de comparaison.

Morris, M. 2000. « Women, Poverty and Canadian Public Policy in an Era of Globalization, Canadian Research Institute for the Advancement of Women ». <http://www.criaw-icref.ca/Poverty_and_globalization.htm>. Extrait le 14 juin 2002.

Cette présentation traite des raisons structurelles de la surreprésentation persistante des femmes parmi les pauvres au Canada. Elle analyse l'impact social et économique de la pauvreté sur la société, sur les enfants et sur les femmes mêmes, et montre de quelle façon les politiques publiques canadiennes mises en oeuvre ces dernières années ont plongé les femmes encore plus profondément dans la pauvreté. L'auteure traite de l'influence directe et indirecte de la politique publique canadienne, et propose des stratégies et ressources individuelles et collectives pour le changement.

Munro, D. 2002. « NAFTA and the Maquiladoras ». <http://www.u.arizona.edu/ic/mcbride/ws200/munr-heal.htm.>. Extrait le 17 mai 2002.

L'auteur soutient que le programme d'industrialisation de la frontière a eu de multiples conséquences sur la frontière entre les États-Unis et le Mexique et sur l'industrie des *maquiladoras* : augmentation de la population frontalière des *maquiladoras*, accroissement de la pollution et intensification des préoccupations humaines d'ordre social et sanitaire. Il importe également de reconnaître qu'avant la ratification de l'ALENA, l'administration Clinton avait demandé, sous la pression de groupes environnementaux et ouvriers, qu'on annexe à l'Accord deux conventions accessoires sur le travail et l'environnement. L'auteur est d'avis, bien qu'il soit encore trop tôt pour se prononcer, que l'ALENA semble être en voie d'amender certains des problèmes inhérents à la frontière américano-mexicaine.

Ongile, G. 1999. « International Trade and Gender: A Research Agenda for East Africa ». *Gender Focus on the WTO.* Publié sous la direction de E. Haxton et C. Olsson. Suède : Global Publications Foundation, p. 40-54.

L'auteure de ce chapitre fait valoir que l'on peut concrétiser les avantages du commerce international en ouvrant l'accès à l'Afrique par la libéralisation du commerce. D'aucuns estiment que cette libéralisation est l'un des moyens d'assurer l'expansion des échanges. L'intégration régionale est l'un des principaux mécanismes de mise en oeuvre d'un programme de libéralisation du commerce coordonné à l'échelle régionale.

O'Regan-Tardu, L. 1999. *Gender Mainstreaming in Trade and Industry: A Reference Manual for Governments and Other Stakeholders*. Londres : Secrétariat pour les pays du Commonwealth.

Ce guide se veut un moyen d'aider les ministères du Commerce, par un cycle concerté et régulièrement surveillé, à formuler des stratégies réalistes visant à favoriser l'égalité hommes-femmes dans le secteur de l'administration publique et à promouvoir la participation et l'ascension des femmes à de hautes sphères de gestion, et ce, dans tous les aspects des objectifs et des opérations de développement commercial du pays. Pour

porter fruit, l'application de ces stratégies doit mettre à contribution les secteurs public et privé et s'étaler sur un certain nombre d'années.

Pearson, R. 2000. « Moving the Goalposts: Gender and Globalisation in the Twenty-First Century ». *Gender and Development*. 8(1) : 10-19.

Les institutions de développement ont vu les artisanes et artisans du genre et du développement remettre leur travail en question au cours du dernier tiers du XX^{e} siècle. L'auteure soutient que la pertinence du genre dans le développement reprendra du galon au cours du nouveau siècle et que l'analyse comparée selon le genre s'appliquera dans de nouveaux contextes, et aux hommes autant qu'aux femmes.

Porter, A. 1987. *Conséquence du libre-échange pour les femmes dans le secteur manufacturier*. Ottawa : Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme.

Ce document porte sur les industries que la signature d'un accord de libre-échange entre le Canada et les États-Unis avantagera et désavantagera. Selon l'auteure, les industries qui sont à la fine pointe de la technologie et emploient peu de femmes sont celles qui profiteront de cet accord. Y perdront au change les industries à forte intensité de main-d'oeuvre et à forte proportion de travailleuses. L'auteure étudie également les conséquences du libre-échange sur les conditions de travail au Canada. Elle pense que les employeurs qui cherchent à mieux affronter la concurrence internationale pourraient réduire les avantages sociaux consentis à leur personnel, refuser d'appliquer l'équité salariale, diminuer les salaires pour faire concurrence aux industries américaines dont les travailleuses et travailleurs sont faiblement rémunérés et réduire leur part des cotisations à l'assurance-chômage et à l'assurance médicale.

Riley, M. 2001. *Women's Economic Agenda in the 21st Century*. Documents hors série sur le genre, le commerce et le développement. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Selon l'auteure de ce document, l'abandon de l'approche femmes et développement (FED) au profit de l'approche genre et développement (GED) a joué un rôle particulièrement important parce qu'il a transformé le programme d'action des femmes. L'approche FED s'articulait autour d'un double objectif : encourager la discussion et la recherche sur le rôle des femmes dans le développement et amener les organismes de développement et les gouvernements à se donner la mission d'intégrer les femmes au développement. L'approche GED fonde les analyses sur la catégorie du genre plutôt que sur celle des femmes pour permettre une meilleure compréhension de l'effet différentiel des appareils économiques, politiques, sociaux et culturels sur les femmes et les hommes. Par genre, on entend les rôles, attentes et responsabilités d'ordre social attribués aux femmes et aux hommes en raison de leurs différences biologiques. Il s'agit d'un concept idéologique et culturel qui façonne la réalité des femmes et celle des hommes.

Runyan, A.S. 1999. « Gender, Free Trade Culture, and Cultures of Resistance ». *Gender Focus on the WTO*. Publié sous la direction de E. Haxton et C. Olsson. Suède : Global Publications Foundation, p. 7-14.

Selon l'auteure de ce document, malgré des décennies de dénonciation féministe des effets néfastes de la mondialisation de l'économie sur les femmes et malgré des décennies de résistance des femmes à ces assauts, *The Economist* ne fait nulle mention de cette résistance, ni même des femmes. *The Economist* assimile plutôt le « problème des femmes » à la catégorie du travail, du travail des enfants et des problèmes environnementaux, en se donnant beaucoup de mal pour expliquer qu'ils ne sont pas le résultat du libre-échange, mais plutôt de problèmes sociaux et économiques qu'il y aurait lieu de régler par la prise de sanctions commerciales ou d'autres sanctions de nature économique.

Sen, G. 1997. « Globalization, Justice and Equity: A Gender Perspective ». *Development*. 40(2).

L'auteure examine l'impact de la mondialisation sur les femmes et s'intéresse en particulier au rôle du gouvernement. Elle affirme qu'il ne faut pas se contenter de comprendre et de contester les effets défavorables de la mondialisation, mais tenter également de transformer l'État pour que les gouvernements commencent à travailler au service des gens et des femmes à partir de la configuration actuelle des pouvoirs. Cette réforme permettra aux femmes de tirer les ficelles du pouvoir dans l'exercice de leurs activités au sein de la société civile locale, régionale et mondiale.

Shiva, V. (N.d.) « The Effects of WTO on Women's Rights, Third World Network ». <http://www.twnside.org.sg/title/women-ch.htm>. Extrait le 18 juillet 2002.

Selon l'auteure, l'avènement d'un nouveau régime de mondialisation dans la foulée de la conclusion de l'entente finale de l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT) et de la mise sur pied de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) a ouvert une nouvelle ère de politiques sensibles au genre. Dans cette nouvelle ère, l'analyse selon le genre oblige à passer du paradigme de la scène nationale à celui de l'échiquier mondial. Après les négociations commerciales du Cycle d'Uruguay et la création de l'OMC, le 1er janvier 1995, tous les enjeux nationaux se sont retrouvés au menu de l'économie mondiale et toutes les questions touchant la vie (éthique, valeurs, écologie, aliments, culture, savoir et démocratie), à celui du commerce international. Il en est résulté un choc direct entre les perspectives et les positions des femmes des villages les plus reculés des pays en développement, d'une part, et les perspectives et le pouvoir des hommes à la barre des institutions patriarcales de la planète, d'autre part.

Sparr, P. 2001. « Making the Connections Between Debt, Trade and Gender ». *Economic Justice News Online*. 4(3) : 1-5.

Selon l'auteure, l'intérêt grandissant pour les questions liées au commerce international et à l'investissement est l'une des nouveautés importantes et stimulantes du travail d'intervention sur l'endettement. Cet intérêt découle en partie d'un changement stratégique opéré pour permettre de travailler plus ardemment aux causes profondes du lourd endettement extérieur et de la pauvreté mondiale. L'article tente d'éclairer les néophytes de la problématique du commerce et de l'investissement sur les liens entre

l'endettement, le commerce et l'investissement, de même que sur des moyens d'élargir l'analyse selon le genre à cette nouvelle arène.

Spieldoch, A. 2001. « GATS and Healthcare – Why Do Women Care? ». Secrétariat de l'International Gender and Trade Network. <http://www.genderandtrade.net/GATS/GATS%20and%20Healthcare.pdf>. Extrait le 6 juin 2002.

Ce document explique que l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) préoccupe les femmes parce qu'il pourrait influer sur leur vie à bien des égards. L'intérêt premier de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) pour le commerce des services, y compris les services de santé, remonte au Cycle d'Uruguay, en 1994. Mais la tendance à privatiser les services de santé évolue depuis 20 ans. Il importe de reconnaître que, si les pays n'ont pas encore tous pris d'engagements à l'égard des services de santé (environ 100 l'ont fait jusqu'à maintenant), les femmes sont conscientes des conséquences éventuelles de ces négociations parce qu'elles ont déjà subi les impacts négatifs de la privatisation des soins de santé à l'échelle mondiale. Premières prestataires au monde de ces services, les femmes sont plus touchées que quiconque lorsqu'on leur en refuse l'accès. Une privatisation et une libéralisation accrues des services de santé porteront préjudice aux femmes si on subordonne la satisfaction de leurs besoins fondamentaux aux caprices du marché.

van Staveren, I. 2001. « Gender Objectives in EU Trade Policy: Extract Taken from Gender and Trade Indicators, WIDE ». <http://www.eurosur.org/wide/EU/Trade/Gender_Objectives.htm>. Extrait le 8 juillet 2002.

Ce document traite de la politique sur le genre de l'Union européenne (UE), fruit à la fois d'engagements externes et d'engagements internes envers l'égalité des sexes. La politique de l'UE sur le genre est donc en partie née d'engagements pris lors des Conférences des Nations Unies sur les femmes et le développement tenues en 1975, en 1985 et en 1995. Parallèlement, la politique de l'UE sur le genre a évolué au gré d'engagements internes envers l'égalité hommes-femmes, à commencer par une directive sur l'équité salariale publiée en 1975, et au fil des affaires portées devant la Cour européenne de justice. En 1995, la Commission européenne a accepté une résolution sur la problématique hommes-femmes dans la coopération pour le développement, résolution qui s'est transformée en 1998 en un règlement du Conseil. Ce règlement fait mention de micro, de méso et de macro-politiques, notamment de politiques d'ajustement structurel, qui devraient tenir compte du rôle respectif des femmes et des hommes.

Waterman, P. 1997. *Critical Globalization Theory and the Global Women's Movement? Some Propositions of Solidarity, Communication and Citizenship.* La Haye : Institut des études sociales.

Selon l'auteur, le mondial – niveau, processus, époque, idéologie et épistémè – est un lien de convergence de plus en plus privilégié des femmes, ce qui, soutient-il, contredit l'idée que le capitalisme se mondialise de plus en plus, tandis que les mouvements féministes sociaux demeurent inévitablement nationaux, voire locaux. Le mouvement

international des femmes doit être repensé à la lumière de la mondialisation. Cette reconceptualisation peut se faire à partir d'une réflexion de la mondialisation critique sur le plan théorique et engagée sur le plan social. Les processus de mondialisation sont source de menaces, de promesses et de séduction pour les femmes et les mouvements féministes. Pour réussir ce remodelage, il faut adopter une nouvelle vision non seulement du monde, mais également de la citoyenneté mondiale des femmes, de leur solidarité planétaire, des communications mondiales entre les femmes et de la culture mondiale des femmes.

White, M. 2001. « GATS and Women ». *Foreign Policy in Focus*. 6(2) : 1.

White explique que, depuis décembre 2000, les membres de l'Organisation mondiale du commerce ont poursuivi les négociations visant à élargir l'Accord général sur le commerce des services (AGCS). Elle affirme que l'AGCS cherche à multiplier de manière spectaculaire la capacité des sociétés multinationales de fournir des services lucratifs et à créer un nouveau régime de réglementation du commerce des services. L'AGCS pourrait avoir des conséquences retentissantes sur le droit national, les pays en développement et le développement durable, en particulier sur les femmes pauvres des pays en développement.

White, M. 2002. « Analysis of USTR Proposals for the FTAA from a Gender Perspective ». Women's Edge. <http://www.womensedge.org/trade/usproposalsftaa2002.htm>. Extrait le 12 juillet 2002.

White affirme dans ce document que le commerce peut arracher les femmes et leur famille à la pauvreté, mais que, jusqu'à maintenant, trop de femmes sont laissées pour compte. Les propositions actuellement contenues dans la Zone de libre-échange des Amériques (ZLEA) ne font pas des lois sur le commerce des outils d'égalité sociale, de justice sociale et de développement durable. Elles codifient plutôt la domination grandissante des sociétés sur le libre-échange, ce qui privilégie les profits et la croissance économique au détriment des besoins humains fondamentaux. Les négociations entourant la création de la ZLEA ont été précédées de réformes économiques et de politiques d'ajustement structurel commandées par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international. Ces réformes comprennent la privatisation d'entreprises de services de santé, de services d'éducation et de services à l'enfance, ainsi que des compressions des dépenses gouvernementales consacrées à la prestation de services sociaux, la déréglementation des marchés du travail et d'autres politiques.

White, M. 2002. « Making Trade Work for Women: Opportunities and Obstacles ». Women's Edge. <http://www.womensedge.org/trade/tradeprimer.htm>. Extrait le 8 juillet 2002.

Dans ce guide, Women's Edge étudie la libéralisation du commerce à travers la loupe du genre. Quel impact les politiques macroéconomiques négociées par les fonctionnaires ont-elles vraiment sur le quotidien des femmes? Quels types de politiques et de programmes pourrait-on mettre en place pour que l'accroissement du commerce profite bel et bien aux pauvres, surtout aux femmes pauvres? Pour que la majorité des femmes qui vivent dans la pauvreté profitent de la libéralisation du commerce, les négociatrices et négociateurs doivent réorienter les politiques de manière à ce que le commerce vise à resserrer la sécurité économique et alimentaire et à mieux protéger les droits sociaux,

politiques, culturels et humains, plutôt qu'à simplement faire grimper les profits et favoriser la croissance de l'économie.

Williams, M. 2001. *Gender and Trade in the International Economy: A Brief Overview.* « Financing for Development: New Tendencies, New Exclusions and New Strategies for Women in the Region ». Cartagena de Indias, Colombie, REPEM-DAWN.

Selon l'auteure de cette communication, il importe d'articuler clairement au moins quatre enjeux du point de vue du genre et de la politique commerciale. Qu'est-ce donc que la politique commerciale? Quels en sont les impacts sur les réalités hommes-femmes au sein de l'économie et quels sont les effets de ces réalités sur la politique commerciale? Dans quels sens la politique commerciale évolue-t-elle? Quelles sont les conséquences de ces mouvements pour le développement durable, le genre et l'équité sociale? Cette communication jette un bref éclairage sur ces quatre questions. La partie I tente de répondre aux trois premières questions en mettant en relief les spécificités de genre de l'analyse de la politique commerciale et de la libéralisation du commerce. La partie II essaie de répondre à la quatrième question, en décrivant brièvement certaines similitudes et différences régionales et sectorielles.

Soins à domicile et soins de santé

Armstrong, P. 1999. *Caring for Women in the New Global Economy.* Discours d'honneur, conférence annuelle de l'Institut canadien de recherches sur les femmes. Sudbury. Octobre.

L'auteure explique que les femmes représentent 80 % des prestataires rémunérés ou bénévoles de soins de santé et qu'elles subissent ainsi durement les contrecoups de la « privatisation à la dérobée » du système de soins de santé. Elle détruit le mythe selon lequel un système privé parallèle réduirait la pression sur le système public et raccourcirait les listes d'attente. Un système privé ne change rien au nombre de médecins ou de malades; il ne fait que modifier l'ordre de traitement, puisque les plus fortunés passent avant les personnes qui ont le plus besoin de soins médicaux. L'attitude « vite au suivant » de la « chirurgie à toute vapeur » à l'américaine gagne du terrain au Canada, où, par exemple, l'Alberta songe à privatiser des hôpitaux et où les soins à domicile sont, dans certaines provinces, largement privatisés, mal rémunérés et mal réglementés. L'auteure soutient qu'il est préférable de régler le problème des listes d'attente en réinvestissant dans le système public.

Armstrong, P., C. Amaratunga, J. Bernier, K. Grant, A. Pederson et K. Wilson. 2002. *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada.* Ontario : Garamond Press.

Ce recueil d'articles porte sur la réforme du système canadien de soins de santé et sur ses conséquences pour les femmes. Les femmes sont les principales pourvoyeuses de soins, rémunérés ou non, dispensés en établissement ou à domicile. Les femmes sont aussi les principales bénéficiaires des soins, surtout lorsqu'elles sont âgées. Très présentes au quotidien dans le champ des décisions relatives aux soins de santé, les femmes sont beaucoup moins visibles parmi les décideurs et cadres supérieurs. Comme les femmes représentent 80 % des prestataires de soins de santé, rémunérés ou non, et la majorité de

la clientèle, il serait normal que la question de l'impact de la réforme sur les femmes fasse partie des priorités stratégiques. Or, il n'en est rien.

Armstrong, P. et H. Armstrong. 2001. *Thinking It Through: Women, Work and Caring in the New Millennium*. Halifax : Maritime Centre of Excellence for Women's Health.

Les auteurs de ce rapport s'inspirent d'écrits canadiens et d'ailleurs pour chercher à comprendre les forces, les structures et les relations qui confèrent aux femmes le rôle de pourvoyeuses de soins et qui sous-évaluent la prestation de soins. Cette analyse vise à formuler des lignes directrices relatives à la réflexion sur les soins. Elle se veut un complément à *One Hundred Years of Caregiving in Canada*. S'appuyant sur la recherche qui se fait au Canada sur la prestation de soins de santé aux adultes, ce document décrit les types de soins administrés et les catégories de prestataires de soins, ce qui permet de dresser un cadre d'évaluation des politiques. Les auteurs soutiennent qu'il y aurait lieu de conjuguer à ce cadre les lignes directrices décrites dans leur rapport afin de comprendre et d'évaluer les soins dispensés par les femmes.

Armstrong, P. et O. Kits. 2001. *One Hundred Years of Caregiving*. Ottawa : Commission du droit du Canada.

Ce document met l'accent sur ce que l'on appelle souvent les soins informels. Les personnes qui prodiguent ces soins ne sont ordinairement pas rémumérées, n'ont à peu près pas reçu de formation structurée dans ce domaine et dispensent des soins à une personne avec laquelle elles ont un lien. Or, même la distinction entre les soins formels et les soins informels est loin d'être simple. Les prestataires peuvent être des membres de la famille rémunérés ou des inconnus. Beaucoup sont devenus très habiles à soigner et partagent le travail avec les prestataires du système officiel. Pour aider à démêler tout cela, les auteures se penchent d'abord sur la diversité des relations de soin. Elles s'interrogent ensuite sur ce qui a changé ou très peu changé dans ces relations au XX^{e} siècle. Cette exploration de l'histoire et de la diversité les amène, dans les dernières sections, à dresser un cadre permettant d'évaluer la législation, la réglementation et les politiques influant sur la prestation de soins aux adultes.

Armstrong, P., M. Boscoe, B. Clow, K. Grant, A. Pederson, K. Wilson, O. Hankivsky, B. Jackson et M. Morrow. 2003. Reading Romanow: The Implications of the Final Report of the Commission on the Future of Health Care in Canada for Women. Ottawa : Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé

Ce rapport analyse certains grands enjeux féminins soulevés par la publication du rapport Romanow. Les auteures analysent en détail les questions abordées dans le rapport Romanow, dont elles commentent les recommandations. Tout au long de son rapport, Romanow s'interroge constamment sur le sens des réformes de la santé pour l'ensemble des Canadiennes et des Canadiens. Les auteures invitent les responsables des politiques à réfléchir également à ce que les réformes de la santé signifient précisément pour les femmes.

Aronson, J. et S.M. Neysmith. 2001. « Manufacturing Social Exclusion in the Home Care Market ». *Canadian Public Policy*. 27(2) : 151-165.

Les auteures de cet article cherchent à savoir comment la perspective des soins de santé, prédominante dans les soins à domicile, occulte les processus généraux d'exclusion sociale qui interviennent dans ce domaine de la politique publique. Une étude sur les Ontariennes âgées et handicapées recevant des soins à domicile montre de quelle façon les soins communautaires organisés créent et renforcent l'isolement social des usagères de ces services ainsi que leur exclusion spatiale, institutionnelle et politique. L'analyse du vécu des participantes à cette étude fait ressortir la difficulté de s'éloigner d'un discours associé au marché et d'un cadre de santé afin d'élaborer une politique de soins à domicile qui fait appel à l'inclusion et à la participation des personnes âgées et handicapées ayant besoin d'aide à domicile.

Association canadienne de soins et services à domicile. 2002. *Mémoire de l'Association canadienne de soins et services à domicile*. Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Ce mémoire de l'Association canadienne de soins et services à domicile présenté à la Commission Romanow aborde les quatre grands thèmes (valeurs canadiennes, viabilité, gestion du changement et relations de coopération) énumérés par la Commission dans l'optique des soins à domicile, qui font partie intégrante du système de soins de santé. On y fait des recommandations pour la mise sur pied d'un solide régime de soins à domicile capable d'assurer la viabilité à long terme d'un système de santé universel et public de qualité pour l'ensemble des Canadiennes et des Canadiens.

Baird, K.L. 1998. *Gender Justice and the Health Care System*. New York et Londres : Garland Publishing Inc.

Si les femmes consomment plus de services médicaux que les hommes, la justice fondée sur le genre laisse toujours à désirer dans le système américain de soins de santé. Dans cet essai, Baird étudie les inégalités en matière de politiques et les propositions de réforme à la lumière de l'utilitarisme, des théories féministes, de la recherche médicale et de l'accès à l'assurance-maladie. Elle propose un cadre pour l'édification d'un système de soins de santé respectueux du genre, basé sur la reconnaissance des besoins particuliers des femmes.

Baranek, P.M., R. Deber et A.P. Williams. 1999. « Policy Trade-Offs in Home Care: The Ontario Example ». *Administration publique du Canada*. 42(1) : 69-92.

Les auteurs expliquent qu'au seuil du vingtième et unième siècle, le très populaire régime d'assurance-maladie du Canada subit une transformation radicale. L'évolution technologique et la restructuration du système de soins de santé font passer le fardeau des soins de santé des établissements au foyer. Par conséquent, des soins auparavant financés par les deniers publics en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* deviennent pour ainsi dire désassurés. Dans cet article, on analyse la réforme des services ontariens de soins de longue durée axés sur la communauté, de 1985 à ce jour. Un désaccord fondamental sur le rôle du gouvernement, dont rendaient compte les points de vue sur la responsabilité des citoyennes et citoyens et de leur famille et sur la place qui convient aux organismes à but lucratif dans un système financé par les deniers publics, sous-

tendait le débat en Ontario. La réforme de ce secteur a des répercussions non seulement sur le secteur lui-même, mais aussi sur les soins de santé en général.

Barlow, M. 2002. *Profit Is Not the Cure*. Ottawa : Conseil des Canadiens.
L'auteure soutient que « le profit n'est pas le remède » pour le régime canadien d'assurance-maladie et que toute Canadienne et tout Canadien jouit, par sa citoyenneté, du droit à des soins de santé publics, accessibles et universels. Elle affirme que les Canadiennes et les Canadiens auront les moyens de conserver, voire de renforcer, le système de soins de santé s'ils éliminent des composantes à but lucratif qui provoquent une augmentation vertigineuse des coûts, comme les médicaments brevetés, la rémunération à l'acte et la rémunération excessive des gestionnaires, et s'ils se tournent vers un modèle communautaire entièrement public, dirigé avec plus d'équité et d'efficience. De plus, le droit des Canadiennes et des Canadiens est le même que celui de tout être humain de la planète. Le Canada doit collaborer avec d'autres gouvernements et avec les États-Unis pour que la planète tout entière reçoive des soins de santé publics et universels.

Bartlett, H.P. et D.R. Phillips. 1996. « Policy Issues in the Private Health Sector: Examples from Long-Term Care in the U.K ». *Social Science Medicine*. 43(5) : 731-737.
Les auteurs de ce document estiment que l'on peut très clairement illustrer la tendance internationale à privatiser les marchés des soins de santé avec ce qui est arrivé ces dix dernières années au Royaume-Uni, où la prestation des soins de santé est passée d'un système public complet, principalement gratuit, à un modèle axé davantage sur une économie mixte. Cette transformation tient plus à divers facteurs qu'à la seule politique gouvernementale. La relation entre le secteur privé et le système public national de soins de santé n'est pas simple, et la combinaison public-privé a des conséquences positives et négatives. La multiplication des hôpitaux privés et des lits pour soins de courte durée a dominé les débats sur les soins de santé privés, mais la forte croissance de la prestation de soins privés en établissement et dans les maisons de soins infirmiers a soulevé d'autres enjeux stratégiques.

Braen, A. 2002. *La santé et le partage des compétences au Canada*. Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé.
Cette étude traite du partage constitutionnel des compétences dans le domaine des services de santé. On y analyse les dispositions pertinentes de la Constitution du Canada ainsi que l'interprétation qu'en ont faite les tribunaux. En décrivant ainsi l'état du droit dans ce domaine, l'auteur cherche à informer la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada des principes qui, sur le plan juridique, sous-tendent les interventions fédérales et provinciales en santé publique. Il cherche également à présenter au gouvernement fédéral des recommandations sur les politiques et mesures nécessaires pour assurer la viabilité à long terme d'un système de soins de santé public et universel.

Browne, P.L. 2000. *Unsafe Practices : Restructuring and Privatization in Ontario Health Care*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.
L'auteur de ce livre soutient que les soins de santé font aujourd'hui l'objet d'une privatisation ponctuelle en Ontario. En témoignent l'adoption de stratégies et d'idéologies

de gestion du secteur privé dans le système public de soins de santé, la réduction et la stagnation des dépenses publiques dans ce secteur, la restructuration et le rationnement des services fournis par le secteur public, et la migration des coûts entre le trésor public et les ménages. L'auteur montre comment ces pratiques hasardeuses se sont infiltrées dans le système de soins de santé de l'Ontario, des hôpitaux aux soins à domicile, des services de laboratoire aux services d'ambulance, et des soins de longue durée aux soins primaires. Il estime que la privatisation, fer de lance de l'offensive néolibérale contre la citoyenneté sociale, dépouille la population canadienne de son patrimoine collectif de services publics universels.

Casas, J.A., R.D. Casco et C.T. Parodu. 2000. « Governability and Governance: Toward Health and Human Development ». *Health & Human Development in the New Global Economy: The Contributions and Perspectives of Civil Society in the Americas*. Publié sous la direction de A. Bambas, J.A. Casas, H.A. Drayton et A. Valdés. Washington : Organisation panaméricaine de la santé, p. 231-255.

Les auteurs sont d'avis qu'il faut assortir la gouvernance de la santé – au moment de déterminer les politiques et les priorités nécessaires à la répartition des ressources sociales dans leur ensemble à l'intérieur des sphères économique et politique – d'une vision stratégique où l'on partage le leadership, où l'on s'entend sur les rôles prépondérants et où l'on intègre les propositions sectorielles à des processus et plans d'action plus vastes que ceux des modes de gestion publique antérieurs. La complexité résultant de cette multiplication des acteurs en présence est d'autant plus grande que s'y ajoutent deux dimensions de plus en plus importantes donnant lieu à des scénarios d'intervention en matière de santé : au niveau infranational, d'abord, la décentralisation des activités de l'État, y compris la responsabilité d'offrir des services de santé, puis au niveau supranational, l'impact de la mondialisation et l'émergence de nouveaux schèmes d'intégration économique et politique, avec d'importantes répercussions sur la santé.

Comité directeur national de l'Étude nationale des ressources humaines du secteur des soins à domicile. 2002. *Rapport de la phase I – Poser le décor : profil de la main-d'oeuvre du secteur des soins à domicile?* Février.

La phase I de ce rapport examine l'état actuel et prévu du secteur des soins à domicile au Canada. Elle porte sur les facteurs ayant un effet sur le secteur des soins à domicile : tendances sociales, politiques et cadres réglementaires, pressions économiques et financières, changements technologiques, etc. Au cours de cette phase, les principaux groupes d'intervenantes et d'intervenants ont été invités à faire état des facteurs qui, à leurs yeux, contribuent aujourd'hui à façonner les soins à domicile au Canada et continueront de le faire. Des représentantes et représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont été interviewés. On a également sollicité l'opinion d'un éventail d'associations professionnelles et d'associations de prestataires, d'employeurs et de syndicats, de prestataires bénévoles, de bénéficiaires, de prestataires de soins informels, d'enseignantes et d'enseignants, de chercheuses et chercheurs sur le marché du travail et d'analystes de la politique sociale.

Cranswick, K. 1997. *Les fournisseurs de soins de santé au Canada.* Ottawa : Statistique Canada.

Les changements récents qui ont touché le système de soins de santé et les services sociaux ont accru les pressions sur la capacité des familles de fournir des soins. Par exemple, les séjours écourtés à l'hôpital et le recours accru aux soins ambulatoires ont fait augmenter la nécessité de fournir de l'aide à domicile. Ces nouvelles pressions s'exercent à une époque où la majorité des femmes, traditionnellement les principales personnes fournissant les soins, sont intégrées à la population active. Ainsi, les Canadiennes et les Canadiens doivent assumer des responsabilités multiples, d'une part à l'égard de leur employeur, de leur conjointe et conjoint et de leurs enfants, d'autre part à l'égard de leurs parents proches ou éloignés et de leurs amis qui ont besoin d'aide.

Day, S. et G. Brodsky. 1998. *Les femmes et le déficit en matière d'égalité : l'incidence de la restructuration des programmes sociaux du Canada.* Ottawa : Condition féminine Canada.

Cette étude vise à déterminer si les changements récemment apportés aux programmes sociaux (p. ex. le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux) respectent la Charte et les engagements internationaux pris par les gouvernements fédéral et provinciaux à l'égard des Canadiennes. Les auteures concluent que le Canada a violé les droits des femmes en vertu de l'article 15 de la Charte et du droit international.

Deber, R.B. 2002. *La prestation des soins de santé : publique, sans but lucratif ou privée?* Étude n° 17. Saskatoon : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Ce document porte sur la question suivante : « Comment le système canadien doit-il déterminer les programmes et services qui seront offerts par les organisations gouvernementales, sans but lucratif ou à but lucratif? » On y met l'accent sur la prestation plutôt que sur le financement ou la répartition des services de santé, tout en se concentrant sur la meilleure façon de les *fournir*, sans égard à la façon de les payer.

Evans, R., G. Morris, L. Barer, S. Lewis, M. Rachlis et G.L. Stoddart. 2000. *Private Highway, One-Way Street: The Decline and Fall of Canadian Medicare.* Vancouver : Université de la Colombie-Britannique, Centre for Health Services and Policy Research, Health Policy Research Unit.

Pour la population canadienne, le régime public d'assurance-maladie signifie deux choses : la gamme complète des services de soins de santé ou seulement les services (surtout médicaux et hospitaliers) prévus et régis par la *Loi canadienne sur la santé*. Ce document se concentre sur l'interprétation étroite au sens de la *Loi canadienne sur la santé*, comme le fait d'ailleurs une récente proposition de l'Alberta visant à financer des services prévus par la *Loi canadienne sur la santé* et à les fournir avec séjours de nuit dans des établissements appartenant au secteur privé et exploités par ce dernier. Les auteurs examinent les conséquences sur le système de soins de santé des changements observés dans des provinces comme l'Alberta.

Fast, J., J. Eales et M. Keating. 2002. *L'incidence économique des politiques en matière de santé, de sécurité du revenu et de travail sur les prestataires bénévoles de soins de santé aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Ottawa : Fonds de recherche en matière de politiques de Condition féminine Canada.

Les auteures expliquent que la portée et les conséquences des soins prodigués aux personnes âgées sont bien documentées, mais qu'on connaît très peu les effets concrets de certaines politiques sur le bien-être économique des prestataires bénévoles de soins de santé ou leur impact collectif sur les secteurs d'intervention stratégique et les territoires d'application. Le premier objectif était d'analyser l'incidence économique des actuels programmes de santé, de sécurité du revenu et de travail selon le type de prestataire bénévole de soins et la région du pays. Le second objectif consistait à élaborer un cadre d'analyse des politiques pour faciliter une évaluation suivie de l'effet de tout outil d'intervention sur les coûts économiques pour les prestataires bénévoles de soins aux personnes âgées fragiles.

Flood, C. 1999. *Unpacking the Shift to Home Care*. Halifax : Maritime Centre of Excellence for Women's Health.

Les soins à domicile sont depuis peu un enjeu stratégique au Canada et dans bien d'autres pays développés. L'auteure se concentre sur les facteurs qui ont fait en sorte, et continuent de faire en sorte, que la prestation des soins passe rapidement, depuis peu, des hôpitaux et des établissements au domicile. L'objectif est d'analyser à qui il reviendra, au sein de la société, d'assumer les coûts de ce changement et d'expliquer pourquoi on a essentiellement fait abstraction de la répartition de ces coûts. Le fait de circonscrire les grandes causes de ce transfert des soins aidera les Canadiens, et surtout les Canadiennes, à mieux comprendre les raisons de ce virage et son impact probable sur leur vie. Cette information devrait également aider les femmes à disséquer les arguments pour et contre les politiques de soins à domicile, ainsi qu'à déterminer celles qui nuiront aux femmes vulnérables et à s'y opposer.

Flood, C. et T. Epps. 2003. « The Implications of the NAFTA for Canada's Health Care System: Have We Traded Away the Opportunity for Innovative Health Care Reform? ». *Revue de droit de McGill*. 47 : 747-790.

Il existe deux perspectives diamétralement opposées sur les conséquences de l'ALENA pour le régime d'assurance-maladie. Les opposantes et opposants soutiennent que l'ALENA, loin d'aider le gouvernement à soutenir et à améliorer l'assurance-maladie, forcera le Canada à l'ouvrir aux fournisseurs de services et aux assureurs étrangers (surtout américains). On craint que cette ouverture du marché des soins de santé sonne le glas du régime d'assurance-maladie et l'émergence graduelle d'un système à l'américaine ayant à sa barre des assureurs et des fournisseurs en quête de profit. En revanche, le gouvernement fédéral a souvent répété que l'ALENA protégeait le secteur des soins de santé et ne menaçait donc aucunement l'intégrité et la viabilité du régime. Les auteures se demandent laquelle, le cas échéant, des deux perspectives est correcte et passent au peigne fin les obligations du Canada en vertu de l'ALENA afin de déterminer les contraintes auxquelles elles pourraient assujettir les propositions de réforme du régime d'assurance-maladie.

Forum national sur la santé. 1997. *La santé : un héritage à faire fructifier*. Ottawa : Forum national sur la santé.

D'après les analyses et ce qui a été entendu, les auteurs estiment qu'il est possible de préserver le système de soins de santé tout en le modifiant et d'améliorer la santé de la population canadienne. Ils décrivent dans ce rapport les moyens d'y arriver, en faisant valoir qu'on ne peut pas tout faire en même temps. Une approche graduelle et des orientations claires et bien comprises du grand public et des intervenantes et intervenants seront essentielles pour obtenir leur appui. Les auteurs soulignent également l'importance que prendront, au fil des mesures prises, la coopération et les partenariats entre les gouvernements, d'une part, et les organisations et personnes qui s'occupent de santé et de soins de santé, d'autre part.

Fuller, C. 1998. *Caring for Profit: How Corporations Are Taking Over Canada's Health Care System*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.

L'auteure soutient que le gouvernement fédéral a la ferme intention d'aider le secteur privé à développer le secteur canadien des technologies et des télécommunications d'infosanté. Pour ce faire, il lui accorde un généreux soutien financier et réunit les conditions politiques et réglementaires « propices » pour les entreprises du secteur. Les gouvernements fédéral et provinciaux tentent chacun de leur côté d'orienter la politique publique de manière à faire de l'infosanté un bien privé (attirant de ce fait des investisseurs en haute technologie) tout en protégeant les renseignements personnels des malades comme l'exigent les mesures législatives relatives aux droits de la personne. On s'affaire donc à définir surtout l'infosanté comme un bien privé. L'auteure souligne qu'aucun débat public n'a lieu dans les médias, dans les cercles politiques ou parmi les fonctionnaires sur les avantages que comporterait le fait d'interdire la propriété et le contrôle de l'infosanté par l'entreprise privée.

Fuller, C. 2001. *Home Care: What We Have, What We Need*. Ottawa : Coalition canadienne de la santé.

L'auteure soutient que l'affrontement le plus marqué dans le débat entourant les soins à domicile, comme celui qui a dominé le système canadien de soins de santé depuis les premières discussions sur le régime d'assurance-maladie, est celui qui oppose les personnes voulant d'un programme de soins à domicile aux personnes voulant que ce programme soit un investissement rentable. Cette étude traite de l'influence de cet affrontement sur les politiques fédérales et provinciales qui déterminent la façon dont les soins à domicile seront fournis, le cas échéant, partout au pays. Au cours des premières années du régime d'assurance-maladie, de telles divisions ont façonné le paysage des soins de santé, galvanisant l'opinion publique et paralysant la classe politique jusqu'au déclenchement d'élections. Cependant, ainsi que l'illustre ce rapport, le manque de leadership politique, surtout au niveau fédéral, auquel nous assistons aujourd'hui a pour toile de fond des accords commerciaux, la mondialisation et des investisseurs puissants, d'une part, ainsi que les bénéficiaires de soins à domicile et leur famille, les prestataires de soins et les contribuables, d'autre part.

Greaves, L., O. Hankivsky, C. Amaratunga, P. Ballem, D. Chow, M. De Konick, K. Grant, A. Lippman, H. MacLean, J. Maher et B. Vissandjee. 1999. *CIHR 2000: Sex, Gender and Women's Health*. Vancouver : British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.

Ce document examine les questions liées au sexe, au genre et à la santé des femmes dans le domaine de la recherche en santé. Selon les auteures, l'avènement des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), prévu pour avril 2000, offre au Canada une occasion en or de réorienter son système de recherche sur la santé afin d'y intégrer plus systématiquement et plus efficacement le sexe, le genre et la santé des femmes. Les IRSC favoriseront également l'intégration, dans un nouvel environnement de recherche, des dimensions de la recherche en santé touchant la recherche biomédicale, la recherche clinique appliquée et les systèmes de santé, en plus des aspects sociaux et culturels de cette recherche. Ces deux pôles contribueront à transformer le fond et la forme de la recherche en santé au Canada. Le fait d'incorporer à ce plan le sexe, le genre et la santé des femmes fera du Canada un leader mondial de la recherche en santé. Il améliorera également la qualité du savoir scientifique dans le domaine de la recherche en santé et réduira les lacunes dans les connaissances en ce qui a trait à l'impact du sexe et du genre sur la santé humaine en général et sur celle des femmes en particulier.

Gustafson, D.L. 2000. *Care and Consequences: The Impact of Health Care Reform*. Halifax : Fernwood.

Ce document montre comment les soins de santé sont passés d'un modèle curatif à un modèle commercial au Canada. Sous le couvert de la vertu communautaire, de la proximité des soins, des choix pour la clientèle, des droits des malades, de la compression des coûts et d'une efficacité accrue, le modèle commercial a donné lieu à une gestion financière axée sur les « résultats » et à la dégradation constante des services de santé. S'inscrivant dans une analyse claire de ce nouveau modèle, les articles présentés dans ce recueil montrent comment des groupes de divers horizons sociaux et institutionnels composent avec la mouvance du système de santé, dont les femmes dépendent plus que quiconque pour leur bien-être en tant que prestataires et bénéficiaires de soins de santé et qui obéit de plus en plus à une logique de gestion scientifique.

Himmelstein, D.U., S. Woolhandler, I. Hellander et S.M. Wolfe. 1999. « Quality of Care in Investor-Owned vs. Not-for-Profit HMOs ». *Journal of the American Medical Association*. 282(2) : 159-163.

Ce document porte sur l'augmentation marquée de la proportion de membres des organisations de soins de santé intégrés (OSSI) participant à des régimes privés, alors qu'on en sait peu sur la qualité de ces régimes par rapport à ceux des OSSI sans but lucratif. On tente d'y comparer les mesures de la qualité des soins dispensés par les OSSI privées à but lucratif et sans but lucratif, et on en conclut que les régimes des premières font moins bonne figure que ceux des secondes pour les 14 indicateurs de la qualité des soins.

Hollander, M. et N. Chappell. 2000. *Synthesis Report: Final Report of the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care: A Report Prepared for the Health Transition Fund.* Ottawa : Santé Canada.

Ce document fait la synthèse des grands constats et des principales conséquences pour les prestataires de soins, les gestionnaires et les décisionnaires. Le programme de recherche visait à déterminer si les soins à domicile étaient une solution de rechange économique aux soins en établissement (c.-à.-d. les soins dispensés dans les établissements de longue durée et les hôpitaux de soins de courte durée). Cependant, ce programme avait également une fonction éducative, soit d'informer les responsables des politiques et le grand public sur les soins à domicile et de donner des conseils sur les questions liées à la mise en oeuvre de nouvelles initiatives rentables pour les soins à domicile.

Hurd, L. 2000. « Women Live in Fear Following Ontario Home Care Cuts ». *Herizons.* 14(2) : 11-12.

Cet article reprend les principaux éléments d'une étude, présentée à la conférence de l'Ontario Association of Community Care Access Centres, sur les services de soins à domicile actuellement offerts en Ontario. L'auteure discute des activités des centres d'accès aux soins communautaires, des conséquences des compressions dans les soins à domicile sur les femmes qui dépendent de ces services et de l'évaluation par les bénéficiaires de la qualité des soins à domicile qui leur sont donnés.

Institut Roeher (L'). 2000. *Agenda for Action : Policy Directions for Children with Disabilities and Families.* Toronto : L'Institut Roeher.

Comme le montre ce rapport, pour subvenir aux besoins des enfants handicapés et de leur famille, il faut intervenir sur plusieurs fronts : depuis les soins aux enfants, la sécurité du revenu et les systèmes du marché du travail jusqu'aux soins de santé, à l'enseignement et aux programmes de technologie d'assistance. Fruit de recherches exhaustives, cette publication décrit les dimensions des politiques qui favoriseraient l'inclusion et le développement à part entière des enfants handicapés et qui permettraient à leur famille de recevoir, au sein de la communauté, les services de soutien dont elle a besoin.

Lowry, J.A. 2002. « Pourquoi la question d'un Programme national de soins à domicile touche-t-elle les femmes? ». *Le Réseau.* Réseau canadien pour la santé des femmes. 5 (2/3) : 1-5.

Selon l'auteure de cet article, les soins à domicile sont pratiquement en état de crise au Canada, ce qui préoccupe de plus en plus les gouvernements, les prestataires de soins de santé et leurs bénéficiaires ainsi que les membres de leur famille. Le fardeau repose toutefois sur les épaules des femmes, qui donnent et reçoivent la grande majorité des soins à domicile.

MacAdam, M. 2000. *Les questions relatives aux ressources humaines dans le secteur des soins à domicile au Canada.* Ottawa : Santé Canada.

Ce rapport explique qu'on dispose de très peu de données canadiennes pour décrire la main-d'oeuvre des soins à domicile, tant et si bien que cette étude se fonde en bonne partie sur des données non scientifiques. L'importance croissante des soins à domicile

dans l'ensemble du système canadien de la santé souligne à coup sûr l'importance d'améliorer l'exactitude et l'éventail de nombreux types de données sur les soins à domicile, dont celles sur la main-d'oeuvre des soins à domicile ne sont pas les moindres.

Morris, M., J. Robinson, J. Simpson, S. Galey, S. Kirby, L. Martin et M. Muzychka. 1999. *L'évolution des soins à domicile et la fragilité financière des femmes*. Ottawa : Fonds de recherche en matière de politiques de Condition féminine Canada.

Les auteures expliquent que les femmes représentent la majorité des bénéficiaires et de la main-d'oeuvre des soins à domicile ainsi que des responsables des soins aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou aux membres de la famille malades. Compte tenu de l'extrême déséquilibre entre les sexes pour chacun des aspects des soins de santé, les politiques et pratiques des soins à domicile ont un impact significatif et varié sur la vie des femmes. Cette recherche prend appui sur les acquis des études précédentes, qui montrent que la non-rémumération ou la sous-rémunération des soignantes contribuent à l'écart de revenu entre les hommes et les femmes. Les auteures cherchent également à savoir si les actuelles politiques et pratiques de soins à domicile ont un impact sur la vulnérabilité des femmes à la pauvreté.

Morris, M. 2001. « Études sur les soins offerts à domicile et en milieu communautaire réalisées dans une perspective sensible aux différences entre les sexes : document de synthèse ». Deuxième ébauche. Ottawa : Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada.

Ce document brosse un portrait, selon le genre, des soins offerts à domicile et en milieu communautaire en passant en revue la recherche tenant compte de la spécificité des sexes. L'auteure soutient que cette information peut ensuite servir à formuler des politiques équitables pour les hommes et les femmes. L'objet de l'analyse comparative entre les sexes consiste à formuler de solides politiques factuelles traduisant l'ensemble des effets subis par les femmes et les hommes. Il est important, selon l'auteure, que les politiques donnent les résultats prévus pour les femmes et les hommes et réduisent les inégalités plutôt que de les exacerber.

Ontario Health Coalition. 2001. *"Dip and Skip" A Supplement to the June 2001 Report on Homecare Reform in Ontario.* Ontario : Ontario Health Association.

On affirme dans ce supplément que le projet de loi 130, loin de réformer le système des soins à domicile mis sur pied en 1997 par le gouvernement conservateur, sert à réduire au silence les conseils et les directrices générales et directeurs généraux des centres d'accès aux soins communautaires (CASC), qui ont récemment joint les rangs des détracteurs les plus bruyants du gouvernement. Mais, selon la Coalition, les Conservateurs provinciaux ne peuvent bâillonner les travailleuses et travailleurs du système. En privé, ces derniers ont commencé, pour des raisons évidentes, à qualifier les CASC de « centres d'accès interdit ». Les soins à domicile sont maintenant donnés « à la trempette et à la sauvette » (*dip and skip*), expression qui décrit le peu de temps dont disposent les préposées et préposés aux services de soutien à domicile pour donner leur bain aux malades. S'il parvient à censurer les CASC, ce projet de loi ne résoudra pas les problèmes inquiétants et de plus en plus graves causés par les réformes gouvernementales à courte vue des soins de santé.

Ontario Health Coalition. 2001. *Secrets in the House: Home Care Reform in Ontario 1997-2000*. Ontario : Ontario Health Association.

On affirme dans cette étude que la restructuration gouvernementale des soins de santé découle d'un engagement idéologique à privatiser et d'une tentative de réduction du financement. Pour qu'il soit possible de réaliser des bénéfices en dépit d'un financement insuffisant, le gouvernement a renoncé aux droits des malades, à la stabilité et à tout semblant de planification cohérente axée sur les résultats. Les changements ont été faits en catimini par exclusion délibérée des lois relatives à la liberté de l'information et, cela vaut la peine d'être souligné, au mépris des processus normaux d'un régime démocratique et de l'obligation usuelle de rendre compte. Le secteur des soins communautaires, dont la croissance est la plus rapide au sein de notre système de soins de santé, est en voie d'être massivement privatisé, et il est de plus en plus difficile d'obtenir les soins dont nous avons besoin – pierre angulaire du système financé par l'État qui est le nôtre.

Organisation de coopération et de développement économiques. 1999. *Trends in Health Expenditure 1970-1997*. Paris : Comité de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'OCDE, Groupe de travail sur la politique sociale.

Cet article présente un aperçu des tendances relatives aux dépenses en santé dans 29 pays membres de l'OCDE et des révisions récemment apportées aux comptes de la santé de l'OCDE. On y compare les dépenses en santé des États-Unis à celles des autres pays membres de l'OCDE, et on y examine l'effet conjugué des mesures de compression des coûts, d'une part, et de l'évolution de l'amalgame public-privé du financement et de la composition des dépenses en santé, d'autre part.

Parent, K., M. Anderson, W. Gleberzon et J. Cutler. 2001. *CARP's Report Card on Home Care in Canada, 2001: Home Care by Default Not by Design*. Toronto : CARP.

Bien que les malades n'aient jamais été si nombreux à recevoir des soins à domicile, auxquels on consacre de plus en plus d'argent, on connaît relativement peu de choses sur ces soins, comparativement aux autres secteurs de la santé. Comme l'indique ce rapport, les responsables des politiques doivent prendre des décisions de plus en plus difficiles sur la répartition des ressources et doivent décider comment, où et quand consacrer des fonds publics aux soins à domicile tandis que s'alourdissent les pressions budgétaires. On exige aussi de plus en plus de transparence dans les soins de santé en général et dans les soins à domicile en particulier. Il est difficile de répondre à ces exigences en l'absence de preuves et de données de qualité suffisante sur lesquelles fonder et élaborer des politiques.

Romanow, R. 2002. *Guidé par nos valeurs – L'avenir des soins de santé au Canada*. Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Dans ce rapport, Romanow montre que la population canadienne appuie avec vigueur les valeurs fondamentales sur lesquelles repose notre système de santé, à savoir l'égalité, la justice et la solidarité. Ces valeurs sont liées à sa conception de la citoyenneté. La population canadienne considère l'accès équitable et en temps opportun à des services de soins de santé nécessaires comme un droit inhérent à la citoyenneté, et non comme un privilège lié au statut social ou au revenu. Guidés par ces valeurs, les Canadiennes et les Canadiens en sont venus à considérer leur système de santé comme un programme national, mis en oeuvre à l'échelle locale, mais s'appuyant sur la collaboration de tous les

gouvernements et la compréhension mutuelle de leurs valeurs communes. Ils tiennent et s'attendent à ce que leurs gouvernements veillent conjointement à ce que les politiques et programmes qui définissent le régime d'assurance-maladie restent fidèles à ces valeurs.

Vogel, D., M. Rachlis et N. Pollak. 2000. *Without Foundation: How Medicare is Undermined by Gaps and Privatization in Community and Continuing Care*. Vancouver : Centre canadien de politiques alternatives (bureau de la Colombie-Britannique), gouvernement de la Colombie-Britannique, B.C. Government and Service Employees' Union, B.C. Nurses Union et B.C. Hospital Employees Union.

Les trois études contenues dans ce rapport montrent à quel point un secteur fragmenté et partiellement privatisé de soins communautaires et continus déstabilise le régime d'assurance-maladie. Les auteurs estiment que l'insuffisance du financement public des soins offerts à domicile et en milieu communautaire creuse de plus en plus le fossé entre les besoins en santé de la population de la Colombie-Britannique et les services publics qui lui sont accessibles. Au lieu d'être de plus en plus centrée sur la prévention et l'intervention précoce, la vocation des services de soins de santé est de plus en plus axée sur la crise, et ce, dans tous les secteurs. Aujourd'hui, seules les personnes qui en ont sérieusement besoin ont accès aux soins communautaires et aux soins continus offerts par des organismes publics.

ANNEXE B : ENTREVUES AVEC DES SOURCES CLÉS

Canada :
Stephen Clarkson, Ph.D.
Professeur
Département de sciences politiques
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Ellen Gould
Associée de recherche
Centre canadien de politiques alternatives (bureau de la Colombie-Britannique)
Vancouver (Colombie-Britannique)

Scott Sinclair
Associé de recherche principal
Centre canadien de politiques alternatives
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)

Matt Sanger
Associé de recherche
Centre canadien de politiques alternatives
Ottawa (Ontario)

Anil Nadoo (chargée de campagne)
Steven Staples (coordonnateur de campagnes thématiques)
Victoria Gibb-Carsley (coordonnatrice de l'organisation)
Le Conseil des Canadiens
Ottawa (Ontario)

Colleen Fuller
Associée de recherche
Centre canadien de politiques alternatives (bureau de la Colombie-Britannique)
Vancouver (Colombie-Britannique)

Tracey Epps, LL.M.
Faculté de droit
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Steven McBride, Ph.D.
Professeur
Département de sciences politiques
Université Simon Fraser
Vancouver (Colombie-Britannique)

Ross Duncan
Analyste principal des politiques commerciales
Santé Canada
Direction des affaires internationales
Ottawa (Ontario)

Vincent Beaulieu
Conseiller, Direction des consultations et de la liaison – Politique commerciale
Joanne Hamilton, Direction de la politique commerciale sur l'investissement
Bernard Li, Direction de la politique commerciale sur les services
Allison Young, directrice adjointe, Direction de la politique commerciale sur les services
Ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (MAECI)
Ottawa (Ontario)

Leah Vosko, Ph.D.
Professeure adjointe
Chaire de recherche du Canada
Université York
Toronto (Ontario)

Europe :
Sarah Sexton
The Corner House
Sturminster Newton
Dorset, Royaume-Uni

Allyson Pollock, Ph.D.
Health Services and Health Policy Research Unit
School of Public Policy
Londres, Royaume-Uni

Debra Lipson
Analyste de la politique de la santé
Département de la santé et du développement
Organisation mondiale de la santé
Genève, Suisse

David Price, Ph.D.
Professeur
Health Policy and Health Services Research Unit
University College
Londres, Royaume-Uni

Julia Nielson
Division des liens commerciaux, Direction des échanges
Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)
Paris, France

Rudolph Adlung
Organisation mondiale du commerce
Genève, Suisse

États-Unis :
Alexandra Spieldoch
International Gender and Trade Network
Washington, district de Columbia

Ritu Sharma
Women's Edge
Washington, district de Columbia

Meagan Bovell
UNIFEM
New York, New York

Joseph Stiglitz, Ph.D.
School of International and Public Affairs
Initiative for Policy Dialogue
Université Columbia
New York, New York

Shari Spiegel
Directrice
Initiative for Policy Dialogue
Université Columbia
New York, New York

ANNEXE C : TABLEAU DES ACCORDS COMMERCIAUX

ACCORDS INTERNATIONAUX

Titre et date	Description	Aspects de la mise en oeuvre pertinents pour la santé et le genre	Analyse des incidences sociales selon le genre
Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT) 1947	Cet accord a créé un organe de négociation permanent, chargé de surveiller et de réglementer le commerce international. Les premières rondes de négociations tenues dans le cadre du GATT portaient principalement sur la réduction des tarifs, mais les négociations subséquentes se sont étendues à d'autres domaines, comme les mesures antidumping et non tarifaires. La dernière ronde – le Cycle d'Uruguay, de 1986 à 1994 – a débouché sur la création de l'OMC, qui a succédé au GATT. L'établissement de l'OMC a rendu le GATT exécutoire sous le régime du droit international.	Selon la disposition XX b), rien dans l'Accord ne devrait empêcher un Membre d'adopter ou d'appliquer des mesures nécessaires à la protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou à la préservation des végétaux. Cependant, l'application de la disposition susmentionnée doit être justifiable pour l'OMC. En cas de contestation, un organe de règlement des différends est saisi de la question. Les groupes spéciaux ne peuvent toutefois pas fonder leurs décisions sur l'avis d'experts de la santé.	
Organisation mondiale du commerce (OMC) 1995	Créée durant le Cycle d'Uruguay. Successeur du GATT. Seule organisation internationale à se consacrer aux règles mondiales du commerce entre les États. Elle a pour fonction principale de veiller à ce que le commerce se déroule de la façon la plus harmonieuse, prévisible et libre possible. L'OMC : • administre les accords commerciaux, y compris le GATT, l'AGCS, l'Accord sur les ADPIC, l'Accord relatif aux MIC, l'accord MSP et l'Accord OTC; • sert de cadre aux négociations commerciales; • règle les différends commerciaux; • examine les politiques commerciales nationales; • aide les pays en développement dans le domaine de la politique commerciale.		

Titre et date	Description	Aspects de la mise en oeuvre pertinents pour la santé et le genre	Analyse des incidences sociales selon le genre
Obstacles techniques au commerce (OTC) 1973-1979 1995	Servent à réduire au minimum et à prévenir le protectionnisme, ainsi qu'à améliorer la libéralisation du commerce en partant du principe que les règlements techniques peuvent créer des obstacles au commerce.	La permission d'exercer le pouvoir gouvernemental dans le secteur des soins de santé doit se fonder sur des données scientifiques, sur la technologie et sur l'utilisation finale des produits. Il est possible de contester les interdictions liées à la santé en milieu de travail et à l'emploi de produits particuliers, et de les lever si les groupes spéciaux de règlement des différends le décident. Les normes du travail protégeant les femmes pourraient être compromises si les règlements étaient contestés par d'autres membres et supprimés par les organes de règlement des différends. Les produits utilisés et consommés pourraient ne pas être assujettis à la réglementation exclusive du gouvernement national. Les données scientifiques et techniques servant à déterminer la pertinence d'un règlement pourraient avoir été conçues sans qu'il soit tenu compte des femmes.	Le gouvernement fédéral a fait savoir que les accords de l'OMC, y compris l'Accord OTC, devraient faire l'objet d'une analyse des incidences sociales.
Accord sur les mesures concernant les investissements liées au commerce (MIC) 1995	Porte sur les pratiques d'investissement des pays membres.	Facilite et protège les investissements; pourrait être élargi aux secteurs des soins de santé. Les initiatives d'investissement ont un impact sur la petite et moyenne entreprise, où se trouvent la majorité des femmes entrepreneures. Les femmes entrepreneures peuvent avoir à affronter la concurrence de sociétés étrangères.	Le gouvernement fédéral a fait savoir que les accords de l'OMC, y compris l'Accord MIC, devraient faire l'objet d'une analyse des incidences sociales.

Titre et date	Description	Aspects de la mise en oeuvre pertinents pour la santé et le genre	Analyse des incidences sociales selon le genre
Accord général sur le commerce des services (AGCS)	L'AGCS a fixé les premières règles mondiales de libéralisation du commerce des services. Il permet aux pays de décider des secteurs de services de leurs marchés qui resteront ouverts aux entreprises étrangères et de faire des demandes d'accès à des secteurs de services d'autres membres. Cependant, l'AGCS renferme des obligations intrinsèques d'expansion continue des services et d'élargissement du champ d'application de ceux-ci par la tenue de rondes de négociations régulières.	La privatisation à laquelle l'AGCS devrait donner lieu aura de graves conséquences sur les femmes. Les coûts de certains services augmenteront en raison de l'érosion du monopole des gouvernements et de l'interfinancement qui se produit à l'intérieur d'un secteur, comme entre les pratiques coûteuses et les pratiques économiques en matière de soins de santé. Les femmes moins fortunées n'auront pas les moyens de se payer des services privés ou une assurance. Il se pourrait que certains domaines de prestation de soins de santé particulièrement pertinents pour la santé des femmes ne reçoivent pas de financement. Les fournisseurs de services s'installeront en milieu urbain, si bien que les femmes vivant en milieu rural pourraient ne recevoir que des services limités ou de moindre qualité. Lorsqu'on démantèle des services, ce sont les femmes qui doivent pourvoir aux soins de santé, à l'éducation et à l'approvisionnement en aliments salubres et en eau potable pour leur famille. Les femmes sont très fortement concentrées dans les secteurs des services publics, où les emplois sont souvent très spécialisés et fortement rémunérés. La privatisation entraînera probablement des pertes d'emplois ou une baisse des revenus, ainsi que de piètres conditions de travail.	Le gouvernement fédéral a fait savoir que les accords de l'OMC, y compris l'AGCS, devraient faire l'objet d'une analyse des incidences sociales.

Titre et date	Description	Aspects de la mise en oeuvre pertinents pour la santé et le genre	Analyse des incidences sociales selon le genre
Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) 1995	Sert à protéger la propriété intellectuelle (brevets et technologies) et veille à ce qu'elle ne fasse pas obstacle au commerce.	A cause des brevets protégeant les droits de propriété des sociétés, seules les personnes qui en ont les moyens peuvent se procurer des médicaments. Le gouvernement finance généreusement la recherche. Or, les sociétés conservent les brevets et les profits. Les fonds publics ne servent donc pas directement à améliorer la santé publique. La protection pourrait s'étendre à la publicité de marque de produits nuisant à la santé humaine, comme le tabac. Des pressions s'exercent sur les membres pour qu'ils incluent les méthodes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicales. Les secteurs de la recherche pharmaceutique ayant une incidence sur les femmes pourraient ne pas être assez lucratifs pour attirer les sociétés à but lucratif. Les femmes à faible revenu seront incapables d'acheter des produits pharmaceutiques coûteux.	Le gouvernement fédéral a fait savoir que les accords de l'OMC, y compris l'Accord sur les ADPIC, devraient faire l'objet d'une analyse des incidences sociales.

Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires (MSP) 1995	Porte sur l'effet du commerce international sur la santé et la vie des personnes et sur les végétaux. Établit les lignes directrices et les précautions que doivent suivre et prendre les pays membres lorsqu'ils formulent des politiques nationales.	Concilie la protection de la santé des consommatrices et des consommateurs avec les visées d'un régime commercial libéralisé. Il est déconseillé de s'attarder à la santé publique et d'appliquer des règlements qui dépassent les minimums. Les normes étrangères doivent être acceptées s'il est prouvé qu'elles sont équivalentes. Les gouvernements nationaux ne déterminent pas exclusivement ce qu'est un niveau de risque acceptable pour la santé publique. À cause des lignes directrices, il est difficile de mettre en oeuvre tout changement d'orientation important. Rien n'oblige à tenir compte des femmes et d'autres groupes sociaux particuliers au moment d'évaluer les risques en vue de déterminer l'admissibilité d'une norme. Les fondements scientifiques des normes peuvent ne pas tenir compte de la santé de groupes donnés.	Le gouvernement fédéral a fait savoir que les accords de l'OMC, y compris l'Accord MSP, devraient faire l'objet d'une analyse des incidences sociales.

ACCORDS RÉGIONAUX

Titre et date	Description	Aspects de la mise en oeuvre pertinents pour la santé et le genre	Analyse des incidences sociales selon le genre
Accord de libre-échange nord-américain (ALENA) 1994	Accord sur le commerce des produits et services entre le Canada, les États-Unis et le Mexique. L'ALENA vise aussi à accroître les investissements entre les parties, ainsi qu'à assurer le respect des droits de propriété intellectuelle. Il prévoit un mécanisme de règlement des différends ainsi qu'un cadre de coopération trilatérale, régionale et multilatérale.	Les clauses permettant au Canada de se réserver le droit d'adopter ou de maintenir toute mesure relative aux soins de santé et à d'autres services sociaux pourraient en fait ne pas suffire. Au chapitre 12, par exemple, certaines dispositions encouragent l'élaboration de normes mutuellement acceptables pour les fournisseurs de services professionnels. L'investissement étranger direct est permis dans le secteur de la santé. Le projet de loi 11 de l'Alberta pourrait ouvrir le secteur tout entier des soins de santé du Canada à l'ALENA et, du coup, à l'investissement direct. La cohabitation de l'entreprise privée et du secteur public pourrait ouvrir le domaine aux fournisseurs étrangers. Le déménagement d'entreprises dans des régions offrant une main-d'oeuvre à bon marché pourrait faire perdre des emplois aux femmes. Travail dur, dangereux et faiblement rémunéré pour la oeuvre à prédominance féminine des zones d'exportation mexicaines appelées *maquiladoras*. Les femmes y sont victimes de discrimination fondée sur la grossesse et y font l'objet de mesures humiliantes, comme l'obligation de subir des tests de grossesse. Mobilité transfrontalière accrue des travailleuses.	Le gouvernement fédéral n'a pas fait d'études qui suivraient de près l'application de l'ALENA et qui en détermineraient l'impact différentiel sur les hommes et les femmes.

Titre et date	Description	Aspects de la mise en oeuvre pertinents pour la santé et le genre	Analyse des incidences sociales selon le genre
Zone de libre-échange des Amériques (ZLEA) 1994 (début des négociations)	34 pays de l'hémisphère occidental Vise à supprimer les obstacles au commerce et à l'investissement. Aura un impact sur les produits et services.	Les préoccupations exprimées pour l'ALENA s'appliquent à la ZLEA. Les conditions de travail des travailleuses et travailleurs des industries exportatrices nuisent souvent à la santé. Les clauses relatives aux droits de propriété intellectuelle pourraient réduire l'accès aux produits pharmaceutiques. Agriculture : Les Latino-Américaines, plus que les autres, sont poussées vers les emplois à faible revenu des industries exportatrices. Services : Les femmes sont habituellement les premières licenciées quand les gouvernements suppriment des services sociaux. Souvent, leur charge de travail non rémunéré s'alourdira, ce qui compensera la diminution des services publics. La distribution de l'eau pourrait avoir un effet sur les femmes et les enfants. Marchés publics : Il pourrait être plus difficile pour les femmes entrepreneures de soutenir la concurrence. Les clauses sur l'investissement multiplieront les emplois pour les femmes indigentes sans nécessairement améliorer leur sort ou attirer des capitaux qui demeureront dans le pays hôte.	Le gouvernement fédéral n'a pas encore fait d'analyse des incidences sociales de la ZLEA.

ANNEXE D : CONSÉQUENCES POUR LES FEMMES DES ACCORDS SUR LES ADPIC, MSP ET OTC (ACCORDS DE L'OMC) ET LA ZLEA

ADPIC

L'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, conclu pendant les négociations du Cycle d'Uruguay, est en vigueur depuis le 1er janvier 1995. Il s'applique aux règles qui régissent et protègent la propriété intellectuelle, lesquelles prennent le plus souvent la forme de brevets, de droits d'auteurs, de marques de fabrique ou de commerce et de progrès technologiques. Le préambule de l'Accord en précise l'objectif : « réduire les distorsions et les entraves en ce qui concerne le commerce international, et tenant compte de la nécessité de promouvoir une protection efficace et suffisante des droits de propriété intellectuelle et de faire en sorte que les mesures et les procédures visant à faire respecter les droits de propriété intellectuelle ne deviennent pas elles-mêmes des obstacles au commerce légitime » (préambule de l'Accord sur les ADPIC, 1994). Selon Bettcher et coll. (2000 : 526), « la portée de l'Accord sur les ADPIC est beaucoup plus vaste que celle de tout accord international précédent dans ce domaine » [TRADUCTION]. Selon les critiques, l'Accord sur les ADPIC est né de l'appétit lucratif de multinationales désireuses de mondialiser les droits de propriété intellectuelle (Drahos, 1997).

Au chapitre de la propriété intellectuelle, l'Accord applique deux grands principes communs à de nombreux accords de l'OMC : celui du traitement national et celui de la nation la plus favorisée. La clause de la nation la plus favorisée dispose ce qui suit : « En ce qui concerne la protection de la propriété intellectuelle, tous avantages, faveurs, privilèges ou immunités accordés par un Membre aux ressortissants de tout autre pays seront, immédiatement et sans condition, étendus aux ressortissants de tous les autres Membres » (partie I, article 4). L'Accord donne aux Membres un an pour supprimer les obstacles, mais quatre aux pays en développement et jusqu'à dix aux pays les moins développés. L'Accord sur les ADPIC divise la propriété intellectuelle en plusieurs catégories faisant l'objet des sections 1 à 7 de la partie II, en l'occurrence les droits d'auteur, les marques de fabrique ou de commerce, les indications géographiques, les dessins et modèles industriels, les brevets, les topographies des circuits intégrés et la protection des renseignements non divulgués. Comme nous le verrons ci-après, les brevets sont l'un des aspects les plus litigieux de l'Accord.

On lit au paragraphe 4 de l'Accord sur les ADPIC que « ledit accord peut et devrait être interprété et mis en oeuvre d'une manière qui appuie le droit des Membres de l'OMC de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments ». À l'instar des autres accords, l'Accord sur les ADPIC renferme un article (8) qui permet de protéger la santé et la sécurité des personnes : « Les Membres pourront, lorsqu'ils élaboreront ou modifieront leurs lois et réglementations, adopter les mesures nécessaires pour protéger la santé publique et la nutrition et pour promouvoir l'intérêt public dans des secteurs d'une importance vitale pour leur développement socio-économique et technologique, à condition que ces mesures soient compatibles avec les dispositions du présent accord ». L'inclusion de ces dispositions n'offre toutefois pas plus

de garantie absolue, ici ou ailleurs, que la santé l'emportera toujours sur les intérêts commerciaux.

L'Accord sur les ADPIC, en vigueur depuis la première ronde de négociations, suscite une vive controverse. Comme le soulignent l'OMS et l'OMC (2002 : 44) : « La protection des produits pharmaceutiques au moyen de brevets est un domaine où le problème consistant à trouver un juste équilibre est particulièrement aigu – à savoir entre l'objectif d'encourager la découverte de nouveaux médicaments et celui d'offrir un accès abordable aux médicaments existants ». Selon les partisanes et partisans de l'Accord sur les ADPIC, en l'absence de protection de la propriété intellectuelle, rien ne sera fait pour poursuivre les innovations, ce qui empêchera l'expansion et la progression du développement de nouveaux médicaments et de nouvelles techniques (Bettcher et coll., 2000). D'autres, cependant, répliquent que le monopole conféré par l'Accord aux sociétés transnationales favorise la souffrance humaine puisqu'il est possible de limiter l'accès aux bienfaits des technologies aux personnes capables de se les payer. Koivusalo et Rowson (2000 : 182) déclarent que « les effets distributionnels de l'Accord sur les ADPIC pourraient dans la pratique opérer un déplacement des ressources de la clientèle, du secteur public et des pays en développement vers les industries multinationales vouées à la recherche » [TRADUCTION]. On s'est également demandé si les droits de brevet sur les produits pharmaceutiques appartenaient bel et bien aux sociétés, puisque les gouvernements financent publiquement une part considérable de la recherche (Bettcher et coll., 2000). Cela semblerait toutefois aller à l'encontre du point de vue de l'Accord selon lequel « les droits de propriété intellectuelle sont des droits privés » (ADPIC, préambule, 1994). Il semblerait, comme le soulignent Bettcher et coll. (2000 : 527), que « l'équilibre entre l'innovation et l'accessibilité des nouvelles technologies soit un enjeu stratégique primordial » [TRADUCTION].

Il est à noter que le paysage de la recherche se transforme rapidement et que cette transformation aura des conséquences sur la façon de prioriser la recherche. On la privatise de plus en plus en octroyant des contrats aux organisations de recherche. Aux États-Unis, 60 % des subventions à l'industrie sont accordées à des organisations de recherche à contrat, et les besoins en recherche des sociétés clientes des pays en développement (p. ex. sur l'obésité, la calvitie et l'impuissance) l'emportent de plus en plus sur les besoins en santé de la majorité (Koivusalo, 2003; Koivusalo et Rowson, 2000).

La propriété intellectuelle est le premier secteur de croissance des pays développés (Ostry, 2001). L'Accord sur les ADPIC oblige tous les membres de l'OMC à adopter des lois sur les brevets de type américain. Le Canada a notamment et notablement été forcé de faire passer de 17 à 20 ans la période de protection accordée aux brevets sur les médicaments afin d'harmoniser sa loi avec celle des États-Unis (Ostry, 2001). Les gouvernements finissent ainsi par céder aux multinationales le pouvoir de contrôler les prix des médicaments. L'augmentation des prix des médicaments sur ordonnance exerce l'une des pires pressions financières qui soient sur le système canadien de soins de santé (Barlow, 2002). Les gouvernements provinciaux s'efforcent de contrôler les prix croissants des médicaments

par l'achat en vrac de médicaments génériques. L'Accord sur les ADPIC rendra ce processus beaucoup plus difficile et pourrait finir par dissuader les provinces qui n'en possèdent pas de lancer des programmes du genre.

Comme l'expliquent Koivusalo et Rowson (2000 : 183), « les conséquences les plus manifestes de l'Accord sur les ADPIC en matière de santé en sont l'impact sur les politiques pharmaceutiques, la distribution des droits de brevet et le coût des médicaments » [TRADUCTION]. Le différend souvent évoqué entre l'Afrique du Sud et les États-Unis témoigne des possibilités de conflit entre l'Accord sur les ADPIC et la santé publique. Dans ce cas, 39 sociétés pharmaceutiques ont contesté l'adoption par le gouvernement d'Afrique du Sud du *South African Medicines and Related Substances Control Amendment Act, 1997*, jugeant que cette loi restreignait leurs droits de brevet. Certains médicaments essentiels à la santé publique sont exemptés de cet accord, alors que d'autres, plus nouveaux et cruciaux pour le traitement du VIH, tombent sous le coup de l'accord, ce qui les assujettit aux lois sur les brevets. Sur les 5,5 millions de personnes qui ont besoin de médicaments pour le VIH/sida en Afrique du Sud, à peine quelque 300 000 en reçoivent, en raison des prix exorbitants des antirétroviraux (Fosse, 2002).

En novembre 2001 à Doha, les membres ont décidé d'autoriser les pays en développement à déroger aux brevets sur les médicaments (article 31 de l'Accord sur les ADPIC pour l'octroi de licences obligatoires) et de leur permettre de fabriquer ou d'importer des versions génériques des produits pharmaceutiques pour répondre à leurs besoins en santé publique. Cette décision, adoptée à la réunion du 14 novembre 2001 (OMS et OMC, 2002), figure dans l'Accord (*Déclaration sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique*). On n'y dit toutefois pas comment ces pays obtiendraient les licences. Les négociations sur ces dossiers se poursuivent, et il semble qu'au cours de la dernière série de réunions, tenues à Sydney en novembre 2002, les États-Unis, l'Union européenne, le Japon et la Suisse aient reculé. Il y a encore des problèmes de mise en oeuvre à résoudre, y compris en ce qui concerne la définition des produits pharmaceutiques, les problèmes de santé publique et les pays importateurs et exportateurs admissibles. Par exemple, les États-Unis veulent que les exceptions soient limitées au VIH/sida, à la tuberculose et à la malaria dans certains pays. De plus, les pays développés imposent des restrictions et des conditions coûteuses qui pourraient empêcher la modification ou l'assouplissement des mécanismes d'octroi de licences obligatoires (Fosse, 2002).

L'Accord sur les ADPIC permet tout de même aux membres d'exclure des brevets les méthodes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicales utilisées pour le traitement des personnes et des animaux. Koivusalo et Rowson (2000) indiquent toutefois qu'on pourrait bien un jour faire pression pour les inclure. Ces auteurs disent aussi craindre que la protection de la publicité de marque (comme les logos des compagnies de tabac) n'ait des impacts sur la santé publique et qu'il y ait des risques à limiter l'accès à l'information, en particulier en ce qui a trait à l'octroi de licences pour les médicaments et les nouveaux produits chimiques.

Conséquences de l'Accord sur les ADPIC pour les femmes

L'International Gender and Trade Network (IGTN, 2001) signale plusieurs conséquences de l'Accord sur les ADPIC pour les femmes. Par exemple, cet accord confère aux sociétés un monopole accru sur le savoir des femmes indigènes. Ainsi, des conflits ont éclaté sur des semences dont les communautés locales font un usage séculaire et que les sociétés veulent maintenant pouvoir breveter. L'Accord sur les ADPIC entrave la faculté des gouvernements d'élaborer des politiques en matière de santé et d'assurer la prestation de services de santé. Dans son évaluation la plus récente (2002 : 7), l'IGTN fait valoir que « l'Accord sur les ADPIC restreint à plusieurs égards la production de médicaments génériques, ce qui rend les produits pharmaceutiques coûteux et leurs prix inabordables pour les hommes et les femmes qui vivent dans la pauvreté » [TRADUCTION].

Mariama Williams et Maria Riley (2001 : 2) estiment qu'il faut évaluer l'Accord sur les ADPIC d'abord en fonction « du genre et de la sécurité alimentaire/nutrition, secteur qui [à leur avis] s'étend au-delà de la question du VIH/sida et englobe des médicaments importants pour d'autres aspects de la santé des femmes » [TRADUCTION]. Elles soulignent également que « les discussions sur l'application des droits de propriété intellectuelle et de l'Accord sur les ADPIC ont pour enjeu la viabilité continue du développement rural, dont dépendent les petits exploitants agricoles, en bonne partie des femmes, pour avoir du travail et continuer à gagner leur vie » [TRADUCTION].

Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires (Accord MSP) et Accord sur les obstacles techniques au commerce (Accord OTC)

Les accords MSP et OTC ne portent pas explicitement sur les services de santé, mais leur importance tient à leurs ramifications pour la santé de la clientèle, surtout en ce qui a trait à des éléments comme la sécurité alimentaire ainsi que la vie animale et végétale.

Ces accords visent tous deux à prévenir les obstacles « inutiles » au commerce, mais leurs droits et obligations diffèrent. L'Accord MSP ne permet l'imposition de mesures, fondées sur de l'information scientifique, que si elles sont nécessaires pour protéger la vie ou la santé. L'Accord OTC permet en revanche l'adoption de règlements techniques en vue d'objectifs comme la sécurité nationale, la prévention de pratiques trompeuses et la protection de la santé et de la sécurité des personnes. L'Accord MSP s'applique à un éventail plus étroit de mesures de protection sanitaire, mais il impose de strictes exigences fondées sur des justifications scientifiques. L'Accord OTC couvre une foule de règlements techniques et ne mentionne qu'un seul critère : le recours aux données scientifiques disponibles (OMS et OMC, 2002). La sécurité alimentaire, l'étiquetage et l'utilisation d'aliments génétiquement modifiés et de médicaments traditionnels sont tous des domaines susceptibles de relever de l'accord MSP ou OTC.

Des énoncés sur l'utilisation de preuves scientifiques figurent tant dans l'Accord MSP que dans l'Accord OTC. Les féministes qualifient depuis longtemps les paradigmes scientifiques occidentaux d'androcentriques et estiment qu'ils sont donc peu utiles pour la compréhension de l'expérience des femmes. Le développement de pratiques scientifiques uniquement

féministes s'est traduit par des données que le milieu scientifique a souvent écartées ou rejetées. Or, c'est précisément de données de ce genre dont nous avons besoin pour comprendre les répercussions de ces accords sur la santé des femmes.

L'Accord MSP

L'Accord MSP a été formulé à Marrakech le 15 avril 1994 dans le cadre des négociations du Cycle d'Uruguay, qui ont donné naissance à l'Organisation mondiale du commerce. En vigueur depuis le 1er janvier 1995, l'Accord a pour objet d'éliminer les obstacles commerciaux dans les domaines de la sécurité alimentaire et de la santé des animaux et des végétaux. On cherche ainsi à concilier la protection de la santé de la clientèle et le maintien d'un système de libre commerce dénué d'entraves protectionnistes. L'Accord MSP vise également, comme le précise l'article 3, à favoriser l'harmonisation des normes internationales, ce qui réduit le pouvoir des autorités nationales et locales de fixer des normes souhaitables (objectif identique à celui qui est énoncé à l'article 9 de l'Accord OTC). Il ne s'agit pas, dans l'Accord MSP, d'établir une série primaire de règlements dans ces domaines, mais de tracer aux pays membres la voie à suivre pour formuler des politiques intérieures. L'Accord MSP précise que les gouvernements doivent justifier, par des preuves scientifiques et une évaluation raisonnable des risques, les règlements qu'ils appliquent pour restreindre l'entrée de produits dans leur pays de façon à ce que les normes ne soient pas un moyen injuste d'imposer un traitement discriminatoire à d'autres membres. L'OMC (1998b : 2) craint que les mesures de protection de la santé menacent le commerce et, plus précisément, que l'on fasse pression sur « les gouvernements pour qu'ils aillent au-delà de ce qu'exige la protection de la santé... Une restriction sanitaire ou phytosanitaire qui n'est pas requise vraiment pour des raisons de protection de la santé peut être un instrument protectionniste très important et constituer, en raison de sa complexité technique, un obstacle particulièrement trompeur et difficile à surmonter ».

Bien que l'Accord MSP protège jusqu'à un certain point les politiques intérieures, il encourage les membres de l'OMC à harmoniser ces politiques en adhérant à des normes internationales. Cette question a été soulevée, par exemple, dans le cadre du règlement du litige sur l'interdiction par l'Europe du bœuf aux hormones et de l'appel canadien contre le resserrement des règlements sur l'amiante en France (Butter et Spurgon, 1997; OMC, 1997). L'Accord prévoit trois types de précautions : possibilité d'utiliser des marges de sécurité pour des niveaux de risque acceptables; possibilité de répondre aux préoccupations nationales liées à la détermination des précautions; et possibilité de prendre des mesures de précaution même en l'absence de preuves scientifiques suffisantes (OMC, 1998b). Pourtant, malgré ces mesures, les gouvernements ne peuvent pas exercer leur pleine autonomie lorsqu'ils fixent des normes sur les produits étrangers. Aucun règlement allant au-delà de ce qu'exige la protection de la santé ne devrait être appliqué et les gouvernements doivent accepter les normes étrangères qui offrent un niveau de protection avéré égal. De plus, un membre dont les règles sont contestées doit fournir en toute transparence des renseignements sur la façon dont le risque et les critères d'un « niveau acceptable de risque » ont été déterminés (OMC, 1998b).

Malgré l'inclusion du principe de précaution, il y a toujours un risque de contestation, ce qui amènerait un organe de règlement des différends de l'OMC à prendre une décision de politique intérieure touchant la santé des femmes. Il est donc impossible d'atténuer complètement toute possibilité que des intérêts commerciaux ne l'emportent sur les

préoccupations liées à la santé. Il n'est pas sûr qu'un pays membre serait toujours libre d'édicter des règles dans son propre intérêt, ce qui pourrait compromettre la santé des femmes. Comme le confirment Koivusalo et Rowson (2000), « on ne définit pas la nature des mesures de santé publique nécessaires, et il se pourrait que les décisions rendues par l'organe de règlement des différends de l'OMC privilégient les intérêts commerciaux et définissent plus étroitement les mesures de santé publique dites nécessaires » [TRADUCTION] (Koivusalo et Rowson, 2000).

Conséquences de l'Accord MSP pour les femmes

L'Accord MSP « exige fondamentalement des Membres qu'ils aient une base scientifique pour justifier les mesures commerciales destinées à atténuer un risque sanitaire » (OMS et OMC, 2002 : 12). Il peut être difficile d'obtenir des données scientifiques fiables pour justifier la mise en oeuvre d'une norme, compte tenu des lacunes dans les connaissances sur les différences selon le sexe et le genre quant aux effets secondaires de certains médicaments ou à certaines réactions à divers produits susceptibles d'être commercialisés. Certes, l'Accord MSP permet l'adoption de mesures provisoires sur la base d'autres types de renseignements disponibles au sujet des effets sur la santé, mais cette disposition est très limitée. Par exemple, elle pourrait permettre de restreindre le commerce d'un bien présumé associé à une maladie infectieuse avant qu'on dispose de toutes les preuves scientifiques. Il n'est toutefois pas aussi certain que l'Accord MSP permettrait de présenter d'autres types d'information (à prouver) sur la santé des femmes.

Quant à la dépendance de l'Accord MSP par rapport à l'évaluation du risque pour déterminer l'admissibilité d'une norme, l'Internationale des consommateurs (1999 : 4) signale un autre facteur susceptible de se rapporter aux femmes. « Les évaluations doivent se fonder sur le partage du risque. Par conséquent, si les nourrissons, les femmes enceintes et les personnes à faible revenu courent des risques démesurés, il est crucial de le savoir pour concevoir et prendre des moyens de gérer ces risques » [TRADUCTION]. Il faut étudier l'évaluation du risque pour savoir si des groupes sociaux sont plus à risque que d'autres.

L'Accord OTC

L'Accord sur les obstacles techniques au commerce a vu le jour pendant les négociations du Cycle d'Uruguay et s'appuie sur une version antérieure établie au cours du Cycle de Tokyo, de 1973 à 1979 (OMS et OMC, 2002). À l'instar d'autres accords conclus dans le cadre du Cycle d'Uruguay, l'OTC prévoit des règles visant à réduire ou à prévenir le protectionnisme ainsi qu'à édifier un meilleur système de libre-échange. L'Accord engage les membres de l'OMC à respecter certains droits et obligations quant à la façon d'élaborer et d'appliquer les règlements techniques et d'évaluer les produits pour en déterminer la conformité aux normes. Le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (MAECI, 2001 : 1) définit les règlements techniques comme des « mesures obligatoires que les gouvernements imposent pour que les produits n'empêchent pas l'atteinte de leurs objectifs d'intérêt public, comme la protection de la santé et de la sécurité des personnes ainsi que de l'environnement ».

L'Accord OTC part du principe que les règlements techniques exigeant qu'un produit possède certaines caractéristiques peuvent faire obstacle au commerce. On craint qu'ils ne servent, au fur et à mesure de leur application dans le système commercial, à l'atteinte d'objectifs incompatibles avec ceux de l'OMC. Par mesure de prévention, l'article 2 de l'Accord interdit aux membres d'utiliser les règlements techniques pour entraver le traitement de la nation la plus favorisée et de formuler ou d'appliquer des règlements qui serviraient d'entraves. Les membres sont tenus d'appliquer les normes internationales, le cas échéant, et de justifier sur demande la prise de tout règlement susceptible d'avoir une incidence sur les activités d'un autre membre. Ils doivent également s'efforcer d'harmoniser leurs règlements avec ceux des autres membres et de reconnaître tout autre règlement donnant le même résultat final.

Les gouvernements peuvent exercer un certain degré d'autonomie afin de protéger la santé et la vie des personnes et des animaux et de préserver les végétaux, sans toutefois en faire un outil protectionniste. De plus, il faut pouvoir justifier tout règlement adopté en vertu de cet article sur la base de preuves scientifiques, de la technologie et des utilisations finales du produit (OTC, article 2.2) (OMC, 1994).

Le MAECI (2001 : 2) reconnaît qu'il y a divergence de vues au Canada quant à l'adoption et à la mise en oeuvre de l'Accord OTC. Il signale que, si le secteur privé est un partisan de l'Accord, les provinces et les territoires disent s'inquiéter « de la manière dont les disciplines les toucheront, étant donné qu'ils jouent un rôle prépondérant dans les activités de réglementation, notamment dans les domaines des mesures sanitaires, sécuritaires et environnementales ». Certaines organisations gouvernementales remettent également l'Accord en question et expriment des réserves quant à la capacité du gouvernement de réglementer dans l'intérêt public (MAECI, 2001 : 3).

Conséquences de l'Accord OTC pour les femmes

Les études sur le commerce ne font pas précisément mention des conséquences de l'Accord OTC dans l'optique de la problématique hommes-femmes. Il y a toutefois des similitudes entre les accords OTC et MSP, et les critiques à l'endroit de ce dernier s'appliquent également à plusieurs égards au premier, si bien qu'on peut les associer à des conséquences pour les femmes. Il s'agit notamment de la possibilité qu'un organe de règlement des différends de l'OMC tranche sur des questions de politique intérieure et de la dépendance à l'égard de données scientifiques et techniques pour justifier la mise en oeuvre d'un règlement.

La contestation par le Canada de l'interdiction de l'amiante par la France a été le contentieux le plus important sur la santé, qui ne touche toutefois pas expressément les femmes. Ce fut le premier différend à régler dans le cadre de l'Accord OTC. Le Canada, grand producteur d'amiante, voulait que l'interdiction soit déclarée contraire à l'Accord et supprimée, ce qui a soulevé la colère de nombreux pays de la Communauté européenne, qui ont crié au détournement de la santé publique (surtout en milieu de travail) par l'entreprise privée. Selon Vogel, le Canada tentait « d'utiliser les règles du libre-échange contre la santé publique dans le différend sur l'amiante » [TRADUCTION] (Vogel, n.d. : 11). Le Canada a échoué dans ses démarches, mais cette histoire montre que l'Accord OTC risque à tout le moins de menacer la santé publique.

La Zone de libre-échange des Amériques

Réunissant 34 pays démocratiques de l'hémisphère occidental, les négociations sur la ZLEA ont officiellement commencé au Sommet des Amériques de 1994 à Miami, en Floride. Cette première rencontre a débouché sur la *Déclaration de principes de Miami* et le *Plan d'action de Miami*, qui incarnent la décision de ces pays d'éliminer les obstacles au commerce et à l'investissement. Des réunions ministérielles et des rondes de négociations ont ensuite eu lieu avec l'objectif déclaré que soit conclue en janvier 2005 une entente qui entrerait en vigueur en décembre 2005. Les négociations sur la ZLEA commencent à peine. On n'a produit jusqu'à maintenant qu'un projet de convention qui représente ce que le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (MAECI, 2001b) qualifie de « liste regroupant les positions de négociation initiales que les divers pays souhaitent avancer dans ces négociations ».

Le chapitre de l'Accord portant sur les services ressemblera à l'AGCS et à l'ALENA. Il renfermera donc une clause de la nation la plus favorisée, une clause de traitement national et des dispositions relatives à l'accès aux marchés (MAECI, 2001b). Le Canada est favorable à l'élargissement des négociations aux services et a déclaré qu'il « s'assurera également qu'il conserve sa capacité à adopter ou maintenir des règlements, des pratiques administratives ou d'autres mesures dans des secteurs comme la santé, l'enseignement public, les services sociaux et la culture » (MAECI, 2001a).

Un contexte politique très chargé entoure l'Accord. Les protestations exprimées au Sommet de Québec illustrent bien ce climat de mécontentement. Bon nombre des critiques faites à l'endroit de la ZLEA dans le domaine de la santé ressemblent à celles qui ont été formulées à l'égard d'autres accords commerciaux. Plus précisément, l'Accord réduira la liberté d'élaborer des politiques intérieures et « pourrait rendre impossible l'accès à des soins de santé abordables, à l'instruction et à de l'eau propre, ce que beaucoup estiment être un droit humain fondamental » [TRADUCTION] (White, 2002a : 5-6).

Conséquences de la ZLEA pour les femmes

Au Sommet de Québec, les parties ont publié une déclaration proposant d'« intégrer un point de vue qui tienne compte de l'égalité des sexes dans les programmes, les actions et les ordres du jour des rencontres nationales et internationales, pour veiller à ce que l'expérience des femmes et l'égalité des sexes fassent partie intégrante de la conception, de la mise en oeuvre et de l'évaluation des politiques et des programmes gouvernementaux et interaméricains dans tous les secteurs d'activité » (*Plan d'action* du Sommet des Amériques, Système d'information des Sommets des Amériques, 2002 : 49).

White (2002a : 1-2) soutient que cet énoncé est sans effet et estime qu'en « ne faisant pas d'analyse de l'effet différent que pourrait avoir la ZLEA sur les femmes et les hommes, le texte récemment diffusé aura vraisemblablement pour résultat d'alourdir la charge de travail de nombreuses femmes et d'augmenter leur indigence partout dans l'hémisphère » [TRADUCTION]. De plus, White (2002a : 2-3) affirme que, étant donné que les négociatrices et négociateurs commerciaux ont manqué à leur devoir d'étudier les impacts différentiels

des accords commerciaux sur les femmes et les hommes, « sans doute la ZLEA creusera-t-elle encore plus l'écart entre les sexes et accentuera-t-elle la pauvreté et l'exclusion de nombreuses femmes des Amériques » [TRADUCTION]. Elle (White, 2002a : 12) soutient, par exemple, que « le texte de la ZLEA aura pour effet de multiplier les emplois pour les femmes indigentes sans nécessairement améliorer leur sort ou attirer des capitaux qui resteront dans le pays hôte » [TRADUCTION].

ANNEXE E : DESCRIPTION DES PRINCIPAUX ORGANISMES INTERNATIONAUX ET COMMERCIAUX

Le Fonds monétaire international

Le Fonds monétaire international (FMI) est une organisation internationale, née en 1945, qui regroupe actuellement 183 pays. Le FMI a vu le jour en juillet 1944, à l'occasion d'une conférence des Nations Unies à Bretton Woods, au New Hampshire. Des représentants de 45 gouvernements avaient alors convenu d'un cadre de coopération économique visant à éviter les politiques économiques catastrophiques qui avaient conduit à la Grande Crise des années 1930.

Les principaux secteurs d activités du FMI sont : la surveillance (c.-à-d. l'évaluation des politiques économiques des pays membres et la prestation de conseils à cet égard), l'assistance financière (c.-à-d. les avances de crédit et les prêts aux pays éprouvant des difficultés à court terme) ainsi que l'assistance technique et la formation dans les domaines de la politique monétaire et budgétaire et de la statistique.

La Banque mondiale

La Banque mondiale a été mise sur pied à Bretton Woods en 1944. Il s'agit d'un organisme de développement, d'où son nom officiel de Banque internationale pour la reconstruction et le développement. Son mandat lui confère une « stratégie fondée sur deux grands piliers : création d'un climat propice à l'investissement, à l'emploi et à une croissance durable; investissement auprès des personnes pauvres et prestation à ces dernières de moyens de participer au développement. La Banque oeuvre pour la réduction de la pauvreté, tant à l'échelle nationale que mondiale » [TRADUCTION] (Banque mondiale, 2002c).

Au cours de l'exercice 2002, la Banque a consenti plus de 19,5 milliards de dollars américains sous forme de prêts à ses pays clients. La Banque vient en aide à plus de 100 pays en développement (Banque mondiale, 2002b).

On met beaucoup l'accent sur les prêts consentis par la Banque mondiale aux pays pauvres et en développement. Mais les activités de la Banque ne se limitent pas à accorder des prêts. La Banque prodigue aussi des conseils stratégiques susceptibles d'exercer de l'influence dans des endroits comme le Canada.

Le FMI et la Banque mondiale exigent des pays emprunteurs la mise en place de politiques d'ajustement structurel qui réorganisent des secteurs de dépenses publiques, par exemple les systèmes de prestation de services sociaux. Ces politiques réduisent habituellement l'intervention de l'État au sein de l'économie et facilitent la transition vers une économie de marché. Les politiques d'ajustement structurel ont des conséquences selon le genre lorsqu'elles s'appliquent à des domaines pertinents pour les femmes. Par exemple, si elles ont pour effet de restreindre les programmes sociaux, la responsabilité d'offrir des soins convenables et d'instruire peut alors échoir aux femmes. Si la déréglementation fait grimper

les coûts des biens de première nécessité, comme la nourriture et l'eau, le fardeau de les procurer à leur famille pourrait retomber sur les femmes.

La Banque mondiale finance et dirige des initiatives qui présentent un intérêt particulier pour les femmes. Elle a, par exemple, travaillé avec le gouvernement du Bangladesh à mettre sur pied le Female Secondary School Assistance Project. Elle soutient d'autres projets liés au genre, par exemple, pour aider les femmes à combattre la pauvreté au Kirghizistan, pour lutter contre le VIH/sida au Tchad, pour fournir de l'aide juridique aux Équatoriennes vivant dans la pauvreté et pour enseigner aux femmes à lire et à écrire au Sénégal. La Banque mondiale a également publié des rapports s'appuyant sur une analyse comparative entres les sexes, notamment *Nouveau programme d'action pour la santé et la nutrition des femmes, Genre et développement* et *Comment accroître la contribution des femmes au développement économique*.

L'Organisation mondiale de la santé

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) relève des Nations Unies et compte 192 États membres. L'Assemblée mondiale de la santé assure l'élaboration de ses règlements et politiques. Le directeur général et le Secrétariat sont appuyés dans leurs fonctions par des bureaux régionaux comme l'Organisation panaméricaine de la santé. Créée par l'ONU en 1948, l'OMS a pour but « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible... [La santé est] définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 2003).

L'actuelle directrice générale de l'OMS, M^me^ Gro Harlem-Bruntland, a défini les grandes orientations stratégiques de l'Organisation : « réduire l'excès de mortalité, de morbidité et d'incapacité »; « promouvoir des modes de vie sains et réduire les facteurs de risque pour la santé humaine »; « développer des systèmes de santé... »; et « construire une politique favorable, créer un environnement institutionnel pour le secteur de la santé et donner à la politique en matière sociale, économique, écologique et de développement une dimension sanitaire réelle » (OMS, 2003).

L'OMS fait des recherches portant expressément sur le genre. Elle possède un département responsable du genre et de la santé des femmes. En santé des femmes, l'OMS organise des activités, fait de la recherche et produit des feuillets d'information et des publications connexes, notamment *Gender Disparities and Mental Health, Female Genital Mutilation, Women and Tobacco, Priorité aux femmes : Principes d'éthique et de sécurité recommandés pour les recherches sur les actes de violence familiale à l'égard des femmes* et *Anthology on Women, Health and the Environment*.

Les Nations Unies

L'Organisation des Nations Unies a été créée le 24 octobre 1945. Le nombre de signataires est passé de 51 à l'origine à 189 aujourd'hui. L'ONU est un regroupement international de pays et d'organisations affiliées. « Sans relâche », comme elle le dit elle-même, « l'ONU et

sa famille d'organisations oeuvrent à la promotion du respect des droits de l'homme, à la protection de l'environnement et à la lutte contre la maladie et la pauvreté » (ONU, 2003).

Les principaux organes de l'ONU sont l'Assemblée générale et le Conseil de sécurité. Chaque État membre est représenté à l'Assemblée et dispose d'une voix. L'Assemblée se réunit de septembre à décembre, mais elle peut reprendre sa session au besoin. Le Conseil de sécurité est responsable au premier chef de la sécurité internationale et compte 15 membres. Cinq d'entre eux (la Chine, la Grande-Bretagne, les États-Unis, la Fédération de Russie et la France) y siègent en permanence, tandis que les 10 autres sont élus par l'Assemblée générale pour un mandat de deux ans. Les décisions sont prises à la majorité des neuf membres, mais chaque membre permanent a un droit de veto. Les autres organes de l'ONU sont le Conseil économique et social, le Conseil de tutelle, le Secrétariat de l'ONU et la Cour internationale de Justice.

L'ONU vise un quadruple objectif fondamental : maintenir la paix et la sécurité internationales; développer des relations amicales entre les nations; résoudre les problèmes internationaux; et encourager le respect des droits de l'homme. Elle se veut également un lieu d'harmonisation des relations entre les nations (ONU, 2003), ce qui lui confère des responsabilités aux facettes multiples.

La Division de la promotion de la femme (DPF), créée en 1946, relève du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'ONU. Selon son énoncé de mission, elle a pour mandat de « militer pour l'amélioration de la condition des femmes du monde et leur égalité avec les hommes. Elle a pour but d'amener les femmes à participer sur un pied d'égalité avec les hommes à tous les aspects de l'entreprise humaine » [TRADUCTION] (DPF, 2003). La DPF fait de la recherche, formule des politiques, surveille le déroulement des initiatives de l'ONU et y contribue, et a tenu la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes en 1995.

Le Fonds de développement des Nations pour la femme (UNIFEM) se consacre expressément au sort des femmes. Créé en 1976 après la Première Conférence mondiale sur les femmes, UNIFEM a pour rôle « d'encourager l'égalité entre les hommes et les femmes et d'arrimer les enjeux et préoccupations des femmes aux programmes nationaux, régionaux et mondiaux en favorisant la collaboration et en fournissant un savoir-faire technique sur les stratégies d'intégration de l'égalité hommes-femmes et d'autonomisation des femmes » [TRADUCTION] (UNIFEM, 2002 : 1). UNIFEM travaille à de nombreux projets : recherches, prestation de conseils experts, définition de perspectives fondées sur le genre, etc. UNIFEM finance des projets et communique avec d'autres organismes onusiens et extérieurs dans le cadre des efforts déployés pour l'atteinte de son objectif, qui est de faire avancer la cause des femmes.

Organisation internationale du Travail

L'Organisation internationale du Travail (OIT), fondée en 1919, est la seule survivante du Traité de Versailles, qui est aussi à l'origine de la Société des Nations. Elle fut mise en place l'année suivante et devint en 1946 le premier organisme spécialisé des Nations Unies.

L'OIT est une structure tripartite formée du Conseil d'administration, de la Conférence internationale du Travail et du Bureau international du Travail. Le Conseil d'administration s'occupe des politiques et du budget et compte 28 représentantes et représentants de gouvernements, 14 représentantes et représentants d'employeurs et 14 représentantes et représentants de travailleuses et travailleurs. La Conférence et le Bureau se chargent respectivement des normes et du secrétariat (OIT, 2000).

La constitution de l'OIT s'appuie sur le principe qu'une « paix universelle et durable ne peut être fondée que sur la base de la justice sociale » (OIT, 1946 : préambule). L'OIT définit donc ses politiques et ses activités en fonction de cinq grands objectifs, notamment la promotion et la mise en oeuvre des normes et des principes et droits fondamentaux du travail, la multiplication des possibilités pour les femmes et pour les hommes d'obtenir un emploi et un revenu, l'accroissement de l'étendue et de l'efficacité de la protection sociale, et le renforcement du dialogue social (OIT, 1996-2001).

L'Organisation de coopération et de développement économiques

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a vu le jour en 1961 et rassemble 30 pays membres qui ont en commun l'engagement de promouvoir la démocratie et l'économie de marché. Elle vise à fournir « un cadre de réflexion et de discussion fondé sur des recherches et des analyses. Ce cadre aide les gouvernements à déterminer une stratégie qui pourra déboucher sur un accord formel entre les pays membres ou être mise en oeuvre par des institutions nationales ou dans d'autres enceintes internationales » (OCDE, 2003). Le Conseil, qui est l'autorité suprême, prend des décisions économiques et présente des recommandations d'ordre économique aux pays membres et associés.

Les directions de l'OCDE supervisent les activités de recherche et d'orientation des principaux domaines de travail de l'organisation. Le commerce est le principal cheval de bataille de l'OCDE, qui appuie le commerce international et en reconnaît les avantages. L'OCDE met l'accent sur la consultation des organismes de la société civile, les crédits à l'exportation, les statistiques sur le commerce international, les dossiers économiques, le commerce et l'agriculture, l'environnement, la concurrence, le dialogue et le renforcement des capacités.

L'Organisation mondiale du commerce

C'est en 1995, pendant les négociations du Cycle d'Uruguay, qu'est née l'Organisation mondiale du commerce, succédant au GATT. Ce dernier ne portait que sur le commerce des marchandises, tandis que l'OMC englobe aussi celui des services. L'OMC réglemente la propriété intellectuelle et les normes relatives aux produits. Elle est la seule organisation internationale à se consacrer aux règles mondiales du commerce entre les États. Sa mission principale est de veiller à ce que le commerce se fasse de la façon la plus harmonieuse, la plus prévisible et la plus libre possible.

L'OMC administre des accords commerciaux, parmi lesquels figurent le GATT, l'AGCS, l'Accord sur les ADPIC, l'Accord relatif aux MIC, l'Accord MSP et l'Accord OTC, tous exécutoires. Elle sert de tribune pour les négociations commerciales et règle les différends commerciaux entre les pays. On lui a également confié la responsabilité d'examiner les politiques commerciales nationales et d'aider les pays en développement dans le domaine de la politique commerciale.

ANNEXE F : LES MODES DE L'AGCS ET LEURS CONSÉQUENCES POUR LES FEMMES

Un certain nombre de questions liées à la santé des femmes sont pertinentes pour chacun des quatre modes de fourniture de l'AGCS (c.-à-d. la fourniture transfrontières, la consommation de services à l'étranger, la présence commerciale et le mouvement des personnes physiques). À notre avis, les effets du mode 3 (présence commerciale) sur les femmes soulèvent les questions les plus pressantes et les plus importantes.

Mode 1 : Fourniture transfrontières

La fourniture transfrontières se produit lorsqu'un service franchit la frontière d'un autre pays. Elle comprend les services fournis au moyen des télécommunications (p. ex. la télésanté), par la poste et par télécopieur. La télésanté comprend la prestation, par une ou un professionnel de la santé, de conseils médicaux à des malades à l'intérieur d'un même pays ou de conseils par vidéoconférence à une ou un homologue à l'intérieur d'un même pays. Par conséquent, la télésanté englobe non seulement les conseils médicaux, mais également la possibilité de poser des diagnostics médicaux. Elle a notamment servi à surmonter des obstacles géographiques pour fournir des services à des régions éloignées ou rurales. Selon l'OMC, la télésanté peut s'étendre à « des fonctions de gestion des hôpitaux, à la collecte de données à des fins statistiques ou éducatives et à des services consultatifs d'appui à l'intention du personnel local à l'étranger » (OMC, 1998a : 6).

Selon Industrie Canada (2000) et le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (Santé Canada, 1999c), la télésanté est à la fois un secteur à potentiel de croissance extraordinaire et un domaine à privilégier pour les activités de promotion des exportations du Canada dans le secteur des services de santé. Les sociétés canadiennes, dont beaucoup d'entreprises multinationales, sont déjà à l'oeuvre en télésanté (Chanda, 2001). Au Canada, la télésanté commence à percer dans toutes sortes de domaines. L'Ontario, par exemple, s'affaire à expérimenter le robot intelligent de soins à domicile, de conception japonaise, qui remplace les visites à domicile par la surveillance et le suivi.

L'une des grandes questions entourant la télésanté est la suivante : quel en sera l'impact sur la qualité des soins, la précision des diagnostics et les rapports entre les professionnelles et professionnels de la santé et leur clientèle? Il ressort des recherches effectuées sur les femmes et la qualité des soins que les femmes privilégient les modèles de soins de santé favorisant la prestation de soins holistiques, permettant la coordination des prestataires de soins ainsi que des rapports confidentiels et des relations d'écoute avec les médecins et d'autres professionnelles et professionnels de la santé (Anderson et coll., 2001). Il est donc crucial de se demander si la technologie de la télémédecine affaiblit la relation entre les prestataires de soins de santé et les femmes. C'est que l'on craint que la ruée vers les nouvelles technologies n'occulte ou ne porte atteinte à la nature contextuelle et culturelle de la santé et des soins.

À certains endroits (aux États-Unis, par exemple), on a recours à des modèles de centres d'appels pour diffuser de l'information sur les soins de santé par téléphone ou par Internet. L'expansion de ces modèles suscite des préoccupations semblables quant à la qualité des soins et aux rapports entre les prestataires et leur clientèle. Elle soulève des questions sur les conditions de travail des personnes qui assurent les soins.

On ne sait pas encore de quelle façon la télémédecine sera réglementée, ni quelles normes s'appliqueront. Il sera fondamental de savoir si les règlements et les normes tiendront compte du corpus de preuves sur les besoins spécifiques des femmes en matière de soins de santé. Des appréhensions ont aussi été soulevées quant aux incidences de la télémédecine sur les droits à la vie privée et à la santé. Le respect de la vie privée revêt une importance particulière pour les femmes, qui doivent pouvoir s'entretenir avec les professionnelles et professionnels de la santé de la violence physique et sexuelle dont elles ont été victimes, aussi bien que de la contraception et de l'avortement. Par exemple, les normes peuvent varier d'un pays à l'autre sur le plan médical et sur la façon de résoudre les conflits entre professionnelles et professionnels de la santé quant aux conseils à donner. Cette question concerne particulièrement le droit des femmes à la procréation en l'absence de normes internationales (Spieldoch, 2001).

Mode 2 : Consommation de services à l'étranger

La consommation à l'étranger désigne la fourniture de services sur le territoire d'un pays membre à une consommatrice ou à un consommateur de services d'un autre pays. En santé, elle pourrait s'appliquer au fait de se rendre dans un autre pays pour y recevoir des soins médicaux. Par exemple, il pourrait s'agir de gens fortunés de pays en développement qui partent en quête de services de « meilleure » qualité dans des pays développés ou de gens de pays développés qui vont recevoir des traitements dispensés uniquement dans des pays en développement ou des traitements meilleur marché (p. ex., chirurgie plastique). La consommation de services à l'étranger pourrait également s'appliquer au fait, très commun au Canada, de se rendre aux États-Unis pour s'y faire soigner (p. ex. pour le cancer) quand les listes d'attente sont trop longues. Elle soulève des questions touchant d'abord et avant tout à l'accès équitable à ces services. Par exemple, les hôpitaux privatisés pourraient choisir de faire soigner une clientèle fortunée de l'étranger par des médecins plus qualifiés ou d'abaisser leurs prix afin d'attirer une clientèle de l'étranger, tout en refusant l'accès à la clientèle locale. Les femmes, surtout les mères seules, sont collectivement plus pauvres que les hommes et n'ont par conséquent pas autant les moyens de se payer des services de santé à l'étranger (Spieldoch, 2001). Elles sont souvent les principales personnes responsables de leurs enfants, de leurs partenaires et de leurs parents vieillissants, si bien qu'il leur est plus difficile de se déplacer pour aller se faire soigner. La prestation de soins aux élites fortunées dans les hôpitaux privatisés pourrait amoindrir la qualité des soins et des normes de travail dans le système public de soins de santé (OMS et OMC, 2002). Ce mode particulier de commerce, surtout le « tourisme de santé », gagne en importance (OMS et OMC, 2002). Enfin, la fourniture de services à l'étranger suscite également des interrogations quant au soutien social et au rôle des femmes au chapitre de la prestation. C'est qu'on se demande si le fait d'évacuer les soins de l'équation sociale et culturelle de la vie des gens changera la

nature des soins et fragilisera certains des mécanismes de soutien qui aident les gens à mieux braver et vaincre la maladie.

Mode 3 : Présence commerciale

Selon le cours en ligne de l'OMC intitulé *L'Organisation mondiale du commerce – Cours de formation,* « la présence commerciale comporte un investissement direct sur le marché extérieur moyennant l'établissement d'une entreprise sur ce marché aux fins de la fourniture d'un service »[22]. S'engager à assurer une présence commerciale pleine et entière dans le domaine des soins de santé, c'est donner aux sociétés étrangères le droit de posséder des hôpitaux, des foyers de soins infirmiers, des cliniques ou des laboratoires dans d'autres pays et d'être traitées tout aussi favorablement par les gouvernements que les fournisseurs intérieurs de soins de santé. Les engagements pris en vertu du mode 3 encouragent la privatisation des services de santé et limitent la capacité des gouvernements nationaux de maintenir et de fixer les normes régissant la prestation des services, normes dont la formulation leur échoit habituellement (Spieldoch, 2002). À l'heure actuelle, plus de 40 membres de l'OMC ont inscrit à leur liste de l'AGCS des engagements relatifs au mode 3 pour le sous-secteur des services hospitaliers (OMS et OMC, 2002).

Au Canada, des sociétés privées ont déjà commencé à offrir des services de consultations externes (p. ex., pour la réadaptation) qui ont été retirés du secteur des soins actifs (Fuller, 2002). La radiation de services du régime d'assurance-maladie (p. ex., les médicaments sur ordonnance, la physiothérapie) pourrait également se traduire par une participation accrue des assureurs privés. Au Canada, par exemple, la gestion de la concurrence et l'augmentation des investissements privés se sont parfois traduites, dans le secteur des soins à domicile de l'Ontario, par l'érosion des normes du travail et par l'effritement de la qualité de vie des malades (Browne, 2000; OHC, 2001a, b).

Les femmes représentent non seulement la majorité des bénéficiaires des services de soins de santé, mais également la majorité de leurs prestataires. Ainsi, tout changement de mode et de lieu de prestation de ces services aura des répercussions sur les femmes. De l'avis de Marceline White (2001 : 5), « il y a corrélation entre le secteur des soins à domicile, d'une part, et la présence d'emplois plus spécialisés et mieux rémunérés pour les femmes, d'autre part. On l'observe dans des domaines tels que les soins de santé, l'éducation et les services sociaux... » [TRADUCTION]. Les femmes sont aussi très fortement concentrées dans le secteur des services hospitaliers, notamment dans les services alimentaires, les services de nettoyage et les services de blanchisserie des hôpitaux et d'autres établissements de santé. La privatisation pourrait faire chuter les salaires et décliner les normes du travail dans ces secteurs (Cohen, 2001).

La privatisation des services de santé déplace souvent les coûts des soins vers les personnes, ce qui accroît la probabilité que ceux et celles qui n'ont pas les moyens de s'offrir des soins nécessaires se tournent vers des membres de leur famille (surtout des femmes) pour les obtenir (Armstrong et coll., 2001). Selon Farah Fosse (2001 : 3), « ce sont les femmes qui souffrent le plus de la privatisation et du démantèlement des services. Quand l'État et le marché font faux bond aux familles, ce sont les femmes qui doivent subvenir aux besoins

(soins, éducation, aliments salubres et eau potable) de la famille » [TRADUCTION] (Fosse, 2001).

Mode 4 : Mouvement des personnes physiques

Le mode 4 consiste à se rendre dans un autre pays pour y dispenser un service. Il s'applique au mouvement des professionnelles et professionnels de la santé. Il s'agit en l'occurrence de savoir dans quelle mesure on utilisera le mode 4 pour combler les lacunes de l'offre dans le secteur des soins de santé et pour réduire les tensions associées aux coûts dans le système de santé. L'une des craintes suscitées par la promotion de cette forme de commerce des services est l'ampleur de la pénurie que le mouvement de professionnelles et professionnels des soins de santé pourrait créer dans certains pays. Force est de constater, à la lecture de certaines données, que cette situation se produit déjà. Ainsi, des infirmières et infirmiers de la Jamaïque sont venus travailler en Amérique du Nord, ce qui a provoqué une pénurie de personnel infirmier dans leur pays (Speildoch, 2001). « L'exode des cerveaux » résultant pourrait avoir de graves répercussions sur la santé de la population des pays en développement, surtout sur les femmes et les enfants qui n'ont pas les moyens de se payer de coûteux services à l'extérieur de leur propre pays (OMS et OMS, 2002). Il pourrait également diminuer la qualité des soins offerts dans le pays d'origine.

Pour les femmes, le mouvement du personnel infirmier est une question primordiale, liée à celle de l'agrément professionnel. Au Canada, par exemple, bon nombre d'infirmières et d'infirmiers formés à l'étranger pourraient aider à soulager la pénurie de personnel infirmier si l'on reconnaissait leurs titres de compétence. Par exemple, des infirmières et infirmiers des Philippines font activement campagne pour la reconnaissance de leurs titres (Filipino Nurses Support Group, 2003).

Bien qu'il soit souhaitable d'agréer les infirmières et infirmiers étrangers qui ont reçu une formation répondant aux normes canadiennes, ce processus pourrait finir par répondre uniquement à des impératifs commerciaux. Il s'agit là d'un phénomène lourd de conséquences en ce qui a trait à la déqualification de la main-d'oeuvre des soins de santé en particulier et aux normes de soins de santé en général. On constate déjà dans les demandes adressées à l'AGCS que certains pays en prient d'autres « d'éliminer, dans les prescriptions concernant l'autorisation d'exercer la profession infirmière, les éléments de la formation jugés inutiles » [TRADUCTION] (Royaume-Uni, 2003b).

Étant donné que l'on presse les femmes de migrer pour aller travailler, quel genre de mesures de protection et de droits les pays qui les recrutent leur accorderont-ils? De plus, au vu des responsabilités des femmes pour le soin des enfants, qu'arrivera-t-il aux enfants laissés derrière lorsque leurs mères seront parties travailler à l'étranger? Selon Spieldoch (2001), les emplois des femmes dans l'industrie en plein essor qu'est celle des soins de santé sont particulièrement à risque, surtout dans les pays développés qui cherchent à réduire les coûts des soins de santé en embauchant du personnel infirmier et d'autres travailleuses et travailleurs de la santé de pays en développement en échange de plus faibles salaires et d'avantages moindres. De plus, il y a fort à parier que le mode 4 sera appliqué de façon

inégale, ce qui donnera aux professionnelles et professionnels des pays développés une plus grande liberté de choix et de conditions de déplacement (White, 2001).

Le Secrétariat de l'OMC pense que le mode 4 est celui qui pourrait offrir le plus d'avantages dans le secteur des services de santé.

> Il semble raisonnable de supposer que pour beaucoup de services médicaux, sanitaires et sociaux, les restrictions concernant le mode 4 sont particulièrement importantes à en juger essentiellement par trois observations: i) le champ d'application pour les autres modes de fourniture, en particulier pour la fourniture transfrontières et la consommation à l'étranger, a tendance à être restreint; ii) les activités concernées sont généralement à forte intensité de main-d'oeuvre et/ou de capital humain; et, dans le même ordre d'idées, iii) si la présence commerciale peut être tout à fait pertinente dans certains secteurs, il est probable que les avantages les plus significatifs induits par les échanges proviendront moins de la construction et de la gestion des hôpitaux, etc., que de leur dotation en personnel plus compétent, plus efficace et/ou moins coûteux que celui qui serait disponible sur le marché national (OMC, 1998a).

De toute évidence, il est crucial que le gouvernement canadien évalue attentivement les effets de sa participation aux accords de l'AGCS sur les femmes en tant que pourvoyeuses et bénéficiaires de soins de santé et que figures de proue de la santé de l'ensemble de la population canadienne, en raison du rôle informel qu'elles jouent en tant que soignantes familiales. Plus précisément, les quatre modes de l'AGCS ont une incidence sur la mobilité des intervenantes et intervenants de la santé et sur les services de santé. Le mode 3, en particulier, a le potentiel d'ébranler le système de soins de santé du Canada, financé par l'État.

BIBLIOGRAPHIE

ACCAP (Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes). 2001. « Faits et statistiques – Données sur l'industrie : Canada et étranger ». <http://www.clhia.ca/fr/f4.htm>. Extrait le 1er décembre 2003.

ACSSD (Association canadienne de soins et services à domicile). 1998. *Portraits du Canada – Survol des programmes publics de soins à domicile*. Ottawa : Santé Canada.

———. 2002. *Mémoire de l'Association canadienne de soins et services à domicile devant la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*. Saskatoon : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Adlung, Rudolph et Antonia Carzaniga. 2001. « Trade in Health Services Under GATS - Past and Future ». *Bulletin of the World Health Organization*. 79(4) : 1-21.

AIIAO (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario). 2003. « Impact of GATS Negotiations on Health and Nursing Services ». Lettre à l'honorable Jean Chrétien.

Allaert, B. et N. Forman. 1999. « Gender, Trade and Rights: Moving Forward ». *WIDE Bulletin*. Bruxelles, mai.

Anderson, R., A. Barbara, C. Weisman, S. Hudson, J. Binko, T. Schneider, K. Freund et V. Gwinner. 2001. « A Qualitative Analysis of Women's Satisfaction with Primary Care from a Panel of Focus Groups in the National Centres of Excellence in Women's Health ». *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*. 10(7) : 637–647.

AOSC (Association ontarienne de soutien communautaire). 2000a. « Ontario Community Support Association Response to Employment Standards Act Consultation ». <http://www.ocsa.on.ca/feedback/responses/body_responses_EmployStandardsActAug00.html>. Extrait le 17 avril 2002.

———. 2000b. *The Effect of the Managed Competition Model on Home Care in Ontario: Emerging Issues and Recommendations*.

Appleton, Barry. 1996. « NAFTA, Healthcare and the Agreement on Internal Trade ». Appleton & Associates International Lawyers. <http://www.appletonlaw.com/6dinternal.htm>. Extrait le 25 juillet 2002.

———. 2000. « Re: NAFTA Investment Chapter Implications of Alberta Bill-11 ». Ottawa : Coalition canadienne de la santé.

Armstrong, P. 1999. *Caring for Women in the New Global Economy*. Discours d'honneur, conférence annuelle de l'Institut canadien de recherches sur les femmes. Sudbury, octobre.

Armstrong, P. et H. Armstrong. 2002. « Women, Privatization and Health Care Reform: The Ontario Case ». *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*. Publié sous la direction de P. Armstrong et coll. Ontario : Garamond Press.

Armstrong, P., M. Boscoe, B. Clow, K. Grant, A. Pederson, K. Wilson, O. Hankivsky, B. Jackson et M. Morrow. 2003. *Reading Romanow: The Implications of the Final Report of the Commission on the Future of Health Care in Canada for Women*. Ottawa : Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé.

Armstrong, Pat, Carol Amaratunga, Jocelyne Bernier, Karen Grant, Ann Pederson et Kay Wilson. 2001. *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*. Ontario : Garamond Press.

Aronson, Jane et Sheila M. Neysmith. 2001. « Manufacturing Social Exclusion in the Home Care Market ». *Canadian Public Policy*. 27(2) : 151-165.

Associés de recherche Ekos inc. (Les). 2000. *Toronto Star*, *La Presse*, Sondage Ekos SRC/CBC. 27 octobre.

Baines, B., P. Evans et S. Neysmith. 1998. *Women's Caring: Feminist Perspectives on Social Welfare*. Toronto : Oxford University Press.

Bakker, Isabella. 1996. *Rethinking Restructuring: Gender and Change in Canada*. Toronto : Toronto University Press.

Banque mondiale. 2002a. « Un guide pour l'analyse des impacts sur la pauvreté et le social ». Washington : Groupe de lutte contre la pauvreté de la Banque mondiale et Département du développement social, travail en cours, ébauche pour commentaires.

———. 2002b. « À propos de la Banque mondiale ». Le Groupe de la Banque mondiale. <http://wbln0018.worldbank.org/EXT/French.nsf/DocByUnid/361BC795A3B8751C85256D710067A377?Opendocument >. Extrait le 19 février 2003.

———. 2002c. « World Bank: Why We Do What We Do ». The World Bank Group. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/0,,contentMDK:20040571~menuPK:41760~pagePK:34542~piPK:36600,00.html>. Extrait le 19 février 2003.

Barlow, M. 2002. *Profit Is Not the Cure*. Ottawa : Conseil des Canadiens.

Barndt, Deborah (dir.). 1999. *Women Working the NAFTA Food Chain: Women, Food and Globalization*. Women's Issues Publishing Program. Toronto : Second Story Press.

Berger, E. 1999. *Special Report: Health Services in the Home and Informal Caregiving*. Toronto : The Berger Population Health Monitor.

Bergeron, Suzanne. 2001. « Political Economy Discourses of Globalization and Feminist Politics ». *Signs: Journal of Women in Culture and Society*. 26(4) : 983-1006.

Bernier, J. et M. Dallaire. 2001. « What Price Have Women Paid for Health Care Reform? The Situation in Quebec ». *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*. Publié sous la direction de P. Armstrong, C. Amaratunga, J. Bernier, K. Grant, A. Pederson et K. Wilson. Ontario : Garamond Press, p. 121-162.

Bettcher, D., D. Yach et E. Guindon. 2000. « Global Trade and Health: Key Linkages and Future Challenges ». *Bulletin of the World Health Organization*. 78(4) : 521-534.

Blacklock, Cathy. 2000. *Les Canadiennes et le commerce : survol des principaux enjeux*. Ottawa : Condition féminine Canada.

Boliz, Monica (dir.). 1999. *Access to Health Services Under the NAFTA*. Washington : Programme de la politique publique, Division de la santé du développement humain, Organisation panaméricaine de la santé.

Boliz, M., J. Arboleda-Flórez, H. Stuart et M.A. Gonzales-Block. 1999. *Access to Health: Under the NAFTA Agreement*. Washington : Organisation panaméricaine de la santé.

Bosma, H., M.G. Marmot, H. Hemingway, A.G. Nicholson, E. Brunner et A. Stansfeld. 1997. « Low Job Control and Risk of Coronary Heart Disease in Whitehall II (prospective cohort) Study ». *British Medical Journal*. 314 : 558-565.

Brodie, Janine. 1995. *Politics on the Margins: Restructuring and the Canadian Women's Movement*. Halifax : Fernwood.

Brodsky, G. et S. Day. 1998. *Les femmes et le déficit en matière d'égalité : l'incidence de la restructuration des programmes sociaux du Canada*. Ottawa : Condition féminine Canada.

Browne, Paul Leduc. 2000. *Unsafe Practices: Restructuring and Privatization in Ontario Health Care*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.

Butter, D. et D. Spurgeon. 1997. « Canada and France Fall Out Over the Risks of Asbestos ». *Nature*. 358-359.

Canada, CPAECI (Comité permanent des affaires étrangères et du commerce international). 1999. *Le Canada et l'avenir de l'Organisation mondiale du commerce – Pour un programme du millénaire qui sert l'intérêt public*. Rapport du Comité permanent des affaires étrangères et du commerce international. Bill Graham, député et président. Juin. <http://www.parl.gc.ca/InfoComDoc/36/1/FAIT/Studies/Reports/faitrp09-f.htm>. Extrait le 1er décembre 2003.

———. 2002. *Pour un nouveau cycle de négociations efficace : les grands enjeux du Canada à l'OMC*. Ottawa : ministère des Affaires étrangères et du Commerce international. Mai. <http://www.parl.gc.ca/infoComDoc/37/1/FAIT/Studies/reports/faitrpts/08-rec-f.htm>. Extrait le 7 janvier 2003.

Canada, Industrie Canada. 2000. « Un partenaire indispensable – Nos priorités en 2000-2001. Faire du Canada le pays le plus branché du monde ». <http://www.ic.gc.ca/cmb/welcomeic.nsf/48ec7ea113b0f7fa85256488005273d3/0646d0e38f374ae9852568ee004a5b97!OpenDocument&Highlight=2,trade,telehealth>. Extrait le 1er décembre 2003.

Canada, MAECI (ministère des Affaires étrangères et du Commerce international). 2001a. *FTAA Negotiating Groups: Summary of Canada's Position - Services*. Gouvernement du Canada.

———. 2001b. *Zone de libre-échange des Amériques / ZLEA – Ébauche du texte, positions et propositions du Canada et foire aux questions*. Gouvernement du Canada.

———. 2001c. *Obstacles techniques au commerce – Document d'information*. Gouvernement du Canada.

Canada, ministère des Finances. 2001. *Assurer le progrès dans un monde incertain*. Ottawa : Finances Canada.

Canada, Santé Canada. 1998. « Dépenses publiques de soins à domicile au Canada, 1975-1976 à 1997-1998 ». Ottawa : Santé Canada.

———. 1999a. *Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada*. Ottawa : Santé Canada.

———. 1999b. *Les questions relatives aux soins à domicile dans le secteur des soins à domicile au Canada : point de vue stratégique*. Ottawa : Santé Canada. Juillet. http://www.hc-sc.gc.ca/homecare/francais/hr1.html. Extrait le 19 novembre 2003.

———. 1999c. Atelier de consultation sur les télésoins à domicile : suivi des recommandations. Tenu le 7 août 1998 à Toronto (Ontario). Bureau de la santé et l'inforoute. Mars.

———. 2002. « L'analyse comparative entre les sexes ». <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/faits/faits_acs.htm>. Extrait le 28 octobre 2003.

Canada, Santé et Bien-être social Canada, Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les soins à domicile. 1990. *Rapport sur les soins à domicile – Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les soins à domicile*. Ottawa : Santé et Bien-être social Canada.

Canada, Statistique Canada. 2000a. *Femmes au Canada 2000 : rapport statistique fondé sur le sexe*. Ottawa : Statistique Canada.

———. 2000b. *Balance des paiements internationaux du Canada*. N° 67-001-XPB au catalogue.

———. 2003. « Données sur le commerce en direct / Commerce canadien par industrie / 3254 – Fabrication de produits pharmaceutiques et de médicaments ». 7 août.

Canadian Study of Health and Aging Working Group. 1994. « Canadian Study of Health and Aging: Study Methods and Prevalence of Dementia ». *Journal de l'Association médicale canadienne*. 150(6) : 899-913.

Castleman, Barry. 1999. « The WTO Asbestos Case and Its Health and Trade Implications ». Présentation. <www btinternet com/~ibas/bc_wto_seattle htm>. Extrait le 7 octobre 2003.

Cagatay, Nilufer. 2000. *Trade, Gender and Poverty*. New York : Programme des Nations Unies pour le développement.

CCPA (Centre canadien de politiques alternatives). 2002. *Faire passer la santé en premier – La réforme des soins de santé, les accords commerciaux et la politique étrangère au Canada*. Rapport sommaire pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Ottawa : Groupe sur la mondialisation et la santé, Centre canadien de politiques alternatives.

CCSJ (Centre canadien de la statistique juridique). 1993. *Enquête sur la violence envers les femmes – Faits saillants et document d'information sur le questionnaire*. Ottawa : Statistique Canada.

CEDAW. 2003. « British Columbia Moves Backwards on Women's Equality ». Présentation du BC CEDAW Group au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies à l'occasion de l'examen par le Comité du 5e rapport du Canada. 23 janvier.

Chanda, Rupa. 2001. *Trade in Health Services*. Document de travail WG4 : 5. Série d'études de la Commission macroéconomie et santé. <http //www cmhealth org/docs/wg4_paper5pdf>. Extrait le 23 mai 2002.

Clarkson, Stephen. 2002. *Uncle Sam and Us: Globalization, Neoconservatism and the Canadian State*. Toronto : University of Toronto Press.

Close, L., C.L. Estes, K.W. Linkins et E.A. Binney. 1994. « A Political Economy Perspective on Frontline Workers in Long-Term Care ». *Generations* (automne) : 23-27.

Coburn, D. 2000. « Income Inequality, Social Cohesion and the Health Status of Populations: The Role of Neo-Liberalism ». *Social Science and Medicine*. 51: 135-146.

Cohen, Marjorie Griffin. 1987. *Free Trade and the Future of Women's Work: Manufacturing and Service Industries*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.

———. 1995. « Economic Restructuring Through Trade: Implications for People ». *Liberalization: Indian and Canadian Perspectives*. Publié sous la direction de G.N. Ramu et Vishwas P. Govitrikar. New Delhi : Allied Publishers.

———. 2001. *Do Comparisons Between Hospital Support Workers and Hospitality Workers Make Sense?* Vancouver : Hospital Employees Union.

Cohen, Marjorie Griffin, Laurell Ritchie, Michele Swenarchuk et Leah Vosko. 2002. « Globalization: Some Implications and Strategies for Women ». *Canadian Woman Studies/Les cahiers de la femme : Women, Globalization and International Trade*. 21(22) : 6-14.

Colombie-Britannique. 2000. *Home and Community Care Policy Manual*. Numéro 8.A. En vigueur le 1er avril 2000. Vancouver : ministère des Services de santé.

Colombie-Britannique, Interministry Committee on Compensation for Family Caregivers. 2002. *Public Funds, Family Commitment: A Review of Government Policy Concerning Public Compensation to Family Caregivers in British Columbia*. <http://www.healthservices.gov.bc.ca/hcc/pdf/publicfunds.pdf>. Extrait le 6 octobre 2002.

Colombie-Britannique et Canada. 2000. « Travail-Avenir – Perspectives dans les professions en Colombie-Britannique ». <http://www.workfutures.bc.ca/FR/def/Home_f1.html>. Extrait le 20 avril 2003.

Comité directeur national de l'Étude nationale des ressources humaines du secteur des soins à domicile. 2002. *Rapport de la phase I – Poser le décor : profil de la main-d'oeuvre du secteur des soins à domicile*. Février.

Commission Clair (2001). *Les soluttons émergentes*. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

Commission Fyke. 2001. *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System*. Regina.

Commission Mazankowski. 2001. *A Framework for Reform – Report of the Premier's Advisory Council on Health*. Edmonton.

Cornia, A., R. Jolly et F. Stewart. 1987. *L'ajustement à visage humain : protéger les groupes vulnérables et favoriser la croissance*. Paris : Economica.

Coyte, P.C. 2000. *Home Care in Canada: Passing the Buck*. Toronto : University of Toronto.

Cranswick, K. 1997. *Les fournisseurs de soins de santé au Canada*. Ottawa : Statistique Canada.

Deber, R.B. 2002. *La prestation des soins de santé : publique, sans but lucratif ou privée?* Étude n° 17. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Denton, M. 1997. « The Linkages between Informal and Formal Care of the Elderly ». *La revue canadienne du vieillissement*. 16(1) : 17-37.

Devereaux, P.J., Peter T.L. Choi, Christina Lacchetti, Bruce Weaver, Holger J. Schünemann, Ted Haines, John N. Lavis, Brydon J.B. Grabt, David R.S. Haslam, Mohit Bhandari, Terrance Sullivan, Deborah J. Cook, Stephen D. Walter, Maureen Meade, Huinaira Khan, Neera Bhatnager et Gordon H. Guyatt. 2002. « A Systematic Review and Meta-Analysis of Studies Comparing Mortality Rates of Private for-Profit and Private Not-for-Profit Hospitals ». *Journal de l'Association médicale canadienne*. 166 : 1399-1406.

Drahos, P. 1997. « Thinking Strategically About Intellectual Property Rights ». *Telecommunications Policy*. 21(3) : 201-211.

Epps, Tracy. 2001. « Merchants in the Temple? The Implications of the GATS and NAFTA for Canada's Health Care System ». Thèse de maîtrise en droit, faculté de droit, Université de Toronto.

Epps, Tracey et Colleen Flood. 2001. *The Implications of the NAFTA for Canada's Health Care System: Have We Traded Away the Opportunity for Innovative Health Care Reform?* Présenté à la conférence « Trading Away Health? Globalization and Health Policy, 14th Annual Health Policy Conference of the Centre for Health Services and Policy Research », 9 novembre.

———. 2003. « The Implications of the NAFTA for Canada's Health Care System: Have We Traded Away the Opportunity for Innovative Health Care Reform? ». *Revue de droit de McGill*. 47 : 747-790.

Evans, Robert, G. Morris, L. Barer, Steven Lewis, Michael Rachlis et Greg L. Stoddart. 2000. *Private Highway, One-Way Street: The Decline and Fall of Canadian Medicare*. Vancouver : Université de la Colombie-Britannique, Centre for Health Services and Policy Research, Health Policy Research Unit.

Fast, Janet, Jacquie Eales et Norah Keating. 2001. *L'incidence économique des politiques en matière de santé, de sécurité du revenu et de travail sur les prestataires bénévoles de soins de santé aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Ottawa : Condition féminine Canada.

Fast, J.E. et J.A. Frederick. 1999. « Informal Eldercare: Is It Really Cheaper? ». Communication présentée dans le cadre de l'International Association of Time Use Researchers Conference, Colchester, Angleterre.

Filipino Nurses Support Group. 2003. « Despite All Odds, Filipino Nurses Support Group Victorious! ». Serveur de liste du Filipino Nurses Support Group. Vancouver (Colombie-Britannique).

FMI (Fonds monétaire international). 2002. « Qu'est-ce que le Fonds monétaire international? ». <http://www.imf.org/external/pubs/ft/exrp/what/fre/whatf.pdf>.

Forum national sur la santé. 1997. *La santé : un héritage à faire fructifier – Rapport final*. Ottawa : Forum national sur la santé.

Fosse, Farah. 2001. *An Introduction to the General Agreement on Trade In Services (GATS) for Gender Advocates*. Secrétariat de l'International Gender and Trade Network.

———. 2002. *TRIPS and Public Health: Controversy Over the TRIPS and Public Health Agreement*. 2(1). International Gender and Trade Network.

Fuller, Colleen. 1998. *Caring for Profit: How Corporations Are Taking Over Canada's Health Care System*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.

———. 2001. *Home Care: What We Have, What We Need*. Ottawa : Coalition canadienne de la santé.

———. 2002. « The Information Gap: The Impact of Health Care Reform on British Columbia Women ». *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*. Publié sous la direction de P. Amaratunga, C. Armstrong, J. Bernier, K. Grant, A. Pederson et K. Wilson. Aurora (Ontario) : Garamond Press.

Fuller, Sylvia, Colleen Fuller et Marcy Cohen. 2003. « Health Care Restructuring in BC: A Canadian Centre for Policy Alternatives Brief ». Vancouver : Centre canadien de politiques alternatives.

Gibelman, M. et H.W. Demone. 2002. « The Commercialization of Health and Human Services ». *Families in Society* 83 : 387-397.

Gittinger, J.P. 1985. *Economic Analysis of Agricultural Projects*. Washington : Banque mondiale.

Gottlieb et Pearson. 2001. « Legal Opinion: GATS Impact on Education in Canada ». Préparé pour l'Association canadienne des professeures et professeurs d'université. Octobre. <http://www.caut.ca/english/issues/trade/GATS%20opinions%20-%20summary.pdf>. Extrait le 14 septembre 2002.

Gould, Ellen. 2002. *The European Commission's GATS Position: A Bad Bargain for Canada*. Conseil des Canadiens.

Greaves, Lorraine, Olena Hankivsky, C. Amaratunga, P. Ballem, D. Chow, M. De Konick, K. Grant, A. Lippman, H. MacLean, J. Maher, K. Messing et B. Vissandjee. 1999. *CIHR 2000: Sex, Gender and Women's Health*. Vancouver : British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.

Greaves, Lorraine, Olena Hankivsky, Georgia Lividiotakis et Renée Cormier. 2002. *Final Payments: Socioeconomic Costs of Palliative Home Caregiving in the Last Month of Life*. Ottawa : Santé Canada.

Groupe de réflexion national sur les disparités entre les sexes relativement aux soins gratuits. 2001. Conférence tenue à l'Île-du-Prince-Édouard du 8 au 11 novembre 2001.

Harrington, C., S. Woolhandler, J. Mullan, H. Carrillo et D.U. Himmelstein. 2001. « Does Investor Ownership of Nursing Homes Compromise the Quality of Care? ». *American Journal of Public Health*. 91(9).

Hart, Michael. 1998. *Fifty Years of Canadian Tradescraft: Canada and the GATT 1947-1997*. Ottawa : Centre des politiques commerciales et des lois.

Hassanali, Soraya 2000. *Commerce international : intégration des considérations liées à l'égalité entre les sexes dans le processus d'élaboration des politiques – Initiatives et leçons*. Ottawa : Condition féminine Canada.

Higgins, C., L. Duxbury et C. Lee. 1994. « Impact of Life-Cycle Stage and Gender on the Ability to Balance Work and Family Responsibilities ». *Family Relations*. 43 : 144-150.

Himmelstein, D.V., S. Woolhandler, I. Hellander et S.M. Wolfe. 1999. « Quality of Care in Investor-Owned vs. Not-for-Profit HMOs ». *Journal of the American Medical Association*. 282(2) : 159-163.

Hollander, Marcus et Neena Chappell. 2000. *Synthesis Report: Final Report of the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care. A Report prepared for the Health Transition Fund*. Ottawa : Santé Canada.

Hollander, M. et M. Prince. 2002. *The Third Way: A Framework for Organizing Health Related Services for Individuals with Ongoing Care Needs and Their Families*. Victoria : Hollander Analytical Services.

ICIS (Institut canadien d'information sur la santé). 2002. *Les soins de santé au Canada, 2002*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada.

IGTN (International Gender and Trade Network). 2001. *International Gender and Trade Network at Doha. WTO Fourth Ministerial, Doha, Qatar. November 9-13, 2001.*

Institut Roeher (L'). 2000. *Agenda for Action: Policy Directions for Children with Disabilities and Families.* North York (Ontario) : L'Institut Roeher.

Insurance Canada. 2003. « Long Term Insurance and Some Canadian Facts ». Compilé par RBC Assurances. <www.insurance-canada.ca/consinfohealth/LTCFacts.php>. Extrait le 11 février 2003.

Internationale des consommateurs. 1999. *Food Safety and the WTO.* Document d'information sur le commerce n° 3. Internationale des consommateurs.

Ipsos-Reid. 2002. « Un sondage de RBC Assurances révèle que l'assurance soins de longue durée est laissée pour compte par la plupart des Canadiens ». Toronto, 10 juillet. <http://www.rbc.com/nouvelles/20020710longtermcarefr.html>. Extrait le 1er décembre 2003.

Joekes, Susan et Ann Weston. 1994. *Women and the New Trade Agenda.* New York : UNIFEM.

Johnson, J.R. 2002. *Quelle sera l'incidence des accords commerciaux internationaux sur les soins de santé au Canada?* Étude n° 22. Saskatoon : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Keating, N.C., J. Fast, J. Frederick, K. Cranswick et C. Derner. 1999. *Soins aux personnes âgées au Canada : contexte, contenu et conséquences.* Ottawa : Statistique Canada, Division des statistiques sociales, du logement et des familles.

Kickbusch, I. et E. de Leeuw. 1999. « Global Public Health: Revisiting Healthy Public Policy at the Global Level ». *Health Promotion International.* 14(4) : 285-288.

Kirby, M. 2001. *The Canadian Health Care System – Options for Reform.* Document présenté à « Dialogue on Health », parrainé par le gouvernement du Canada.

Koivusalo, Meri. 2003. « Assessing the Health Policy Implications of WTO Trade and Investment Agreements ». *Health Impacts of Globalization: Towards a Global Governance.* Publié sous la direction de Kelley Lee. Houndsmills, Basingstoke, Hampshire : Palgrave Macmillan.

Koivusalo, Meri et Michael Rowson. 2000. « The World Trade Organization: Implications for Health Policy ». *Medicine, Conflict and Survival.* 16(2) : 175-191.

Kuttner, R. 1999. « The American Healthcare System: Wall Street and Healthcare ». *New England Journal of Medicine.* 340 : 664-668.

Lee, Kelley (dir.). 2003. *Health Impacts of Globalization: Towards a Global Governance*. Houndsmills, Basingstoke, Hampshire : Palgrave Macmillan.

Lipson, Debra J. 2001. « The World Trade Organization's Health Agenda: Opening Up the Health Services for the Poor ». Éditorial. *British Medical Journal*. 323(7322) : 1139.

Lochhead, C. et K. Scott. 2000. *Dynamique de la pauvreté chez les femmes au Canada*. Ottawa : Condition féminine Canada.

Lowe, Graham S. 1989. *Le travail des femmes et le stress : nouvelles pistes de recherche*. Ottawa : Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme.

Lowry, Jean Ann. 2002. « Pourquoi la question d'un Programme national de soins à domicile touche-t-elle les femmes? ». *Le Réseau*. Réseau canadien pour la santé des femmes. 5 (2/3) : 1-5.

Luff, D. 2002. *Domestic Regulation of Health Services and International Trade Law. Report to the project, Regulatory Reform and Trade Liberalization in Services*. Paris : Banque mondiale/Organisation de coopération et de développement économiques.

Luther, D.R. 1999. « Health Care Services: Strong Fundamentals and Innovations Foreshadow Growth in US Exports and Foreign Direct Investment Industry ». *Trade and Technology Review, Health Services*. Juin : 19-25.

Lyons, Karen S. et Steven H. Zarit. 1999. « Formal and Informal Support: The Great Divide ». *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 14(3) : 183-192.

MacAdam, Margaret. 2000. *Les questions relatives aux ressources humaines dans le secteur des soins à domicile au Canada*. Ottawa : Santé Canada.

Marchand, Marrianne H. et Anne Sisson Runyan (dir.). 2000. *Gender and Global Restructuring: Sightings, Sites and Resistances*. Londres et New York : Routledge.

Marconini, Mario. 1998. « Domestic Capacity and International Trade in Health Services: The Main Issues ». *International Trade in Health Services: A Development Perspective*. Genève : Comité sur le commerce et le développement des Nations Unies/Organisation mondiale de la santé, p. 55-61.

McNaughton, Kenneth G. 2003. « Long-Term Care ». <http://members.shaw.ca/bcseniors/insurance_ltc_article.html>. Consulté le 9 mars 2003.

Mendelsohn, Matthew. 2002. *Canada's Social Contract: Evidence from Public Opinion*. Document de discussion n° P/01. Ottawa : Réseaux canadiens de recherche en politique publique.

Meyer, Harris. 1997. « Home Care Goes Corporate ». *Hospital and Health Networks*. 5 mai.

Morris, Marika. 2000. *Women, Poverty and Canadian Public Policy in an Era of Globalization.* Institut canadien de recherches sur les femmes.

———. 2001. « Études sur les soins offerts à domicile et en milieu communautaire réalisées dans une perspective sensible aux différences entre les sexes : document de synthèse ». Deuxième ébauche. Ottawa : Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada.

———. 2002. *Les femmes et la pauvreté*. Ottawa : Institut canadien de recherches sur les femmes.

Mosher, Janet E. 1998. « Caught in Tangled Webs of Care: Women Abused in Intimate Relationships ». *Women's Caring: Feminist Perspectives on Social Welfare*. Publié sous la direction de Carol T. Baines, Patricia M. Evans et Sheila M. Neysmith. Toronto : Oxford University Press.

Munro, D. 2002. « NAFTA and Maquiladoras ». University of Arizona.

Nahmiash, D. et M. Reis. 1992. *Étude exploratoire des services privés de soins à domicile.* Ottawa : ministère des Approvisionnements et Services.

Neal, M.B., N.J. Chapman, B. Ingersoll-Dayton et A.C. Emlen. 1993. *Balancing Work and Caregiving for Children, Adults and Elders*. Newbury Park, Californie : Sage Publications.

Nieves, Evelyn. 2002. « To Work and Die in Juarez ». *Mother Jones*. p. 50-55.

Noel, Alain. 2000. *Without Quebec: Collaborative Federalism with a Footnote?* Institut de recherche en politiques publiques. Série de documents de travail, 1, 2.

OACCAC, AOSC, OHHCPA (Ontario Association of Community Care Access Centres, Association ontarienne de soutien communautaire et Ontario Home Health Care Providers' Association). 2000. *The Role and Value of Home Support/Personal Support Workers in the Health Care System*.

OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 1999. *Trends in Health Expenditure 1970-1997*. Paris : Comité de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'OCDE, Groupe de travail sur la politique sociale.

———. 2003. « Survol de l'OCDE / Qu'est-ce que l'OCDE? Son histoire ? Sa structure? Qui fait quoi? – Le travail de l'OCDE ». Paris : Organisation de coopération et de développement économiques. <http://www.oecd.org/document/0,2340,fr_2649_201185_2068066_1_1_1_1,00.html>. 19 février 2003.

O'Hare, D. 1999. Présentation de la présidente de la Coalition on Service Industries devant le House Committee on Ways and Means Hearing on the United States Negotiating Objectives for the WTO Seattle Ministerial Meeting. 8 mai.

OHC (Ontario Health Coalition). 2001a. « Round by Round: Are international Trade Deals Knocking Out Medicare? ». *OHC Newsletter*. Janvier : 1-2.

———. 2001b. *Secrets in the House: Home Care Reform in Ontario 1997-2000*. Ontario Health Coalition.

———. 2001c. « Dip and Skip ». *A Supplement to the June 2001 Report on Homecare Reform in Ontario*. Ontario Health Association.

OHHCPA (Ontario Home Health Care Providers' Association). 1999. *Recruitment and Retention of the Home Sector Workforce*. Document de position. Hamilton, Ontario : Ontario Home Health Care Providers' Association.

———. 2000. *Home Care Worker Compensation. Ontario.*

OIT (Organisation internationale du Travail).1946. Constitution. <http://www.ilo.org/public/french/about/iloconst.htm >. Extrait le 25 juin 2002.

———. 1996-2001. *Les objectifs stratégiques de l'OIT*. <http://webfusion.ilo.org/public/db/bureau/program/objectives/index.cfm?expand=0&bienn=2002-03&lang=fr>. Genève : Organisation internationale du Travail.

———. 2000. « La Structure de l'OIT ». <http://www.ilo.org/public/french/depts/fact.htm>. Extrait le 19 février 2003.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2003. « OMS : À propos de l'OMS ». Organisation mondiale de la santé. < http://www.who.int/about/fr/index.html>. Extrait le 19 février 2003.

OMS, Département de la santé et du développement. 2002. « International Consultation on Assessment of GATS and Trade in Health Services, January 9-11, 2002 ». Genève, Suisse. <http://unstats.org/unsa/tradeserv/docs/who2002/Agenda-And-Meeting-Objectives-8Jan.doc>. Extrait le 6 mars 2003.

OMS et OMC (Organisation mondiale de la santé et Organisation mondiale du commerce). 2002. *Les accords de l'OMC et la santé publique – Étude conjointe de l'OMS et du Secrétariat de l'OMC*. Genève : Organisation mondiale de la santé et Organisation mondiale du commerce.

Ontario. 1994. *Loi de 1994 sur les soins de longue durée*. Règlement 386/99, « Provision of Community Services ».

Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. 2001. « Long Term Care: In-Home Services ». Toronto : gouvernement de l'Ontario. <http://www.gov.on.ca/health/english/ program/ltc/homecare.html>. Extrait le 9 août 2002.

ONU (Organisation des Nations Unies). 2003. « L'ONU en bref ». New York : Nations Unies. <http://www.un.org/french/aboutun/ONU_en_bref/index.html>. Extrait le 19 février 2003.

ONU, DPF (Division de la promotion de la femme). 2003. « About DAW ». New York : Nations Unies. <http://www.un.org/womenwatch/daw/daw/>. Extrait le 19 février 2003.

O'Regan-Tardu, L. 1999. *A Quick Guide to Gender Mainstreaming in Trade and Industry*. Londres : Secrétariat pour les pays du Commonwealth.

Organisation mondiale du commerce. 1994. *Accord sur les obstacles techniques au commerce*. Genève : OMC.

———. 1997. *Mesures communautaires concernant les viandes et les produits carnés (hormones) – Plainte déposée par les États-Unis – Rapport du Groupe spécial*. Genève : Organisation mondiale du commerce.

———. 1998a. *Services de santé et services sociaux – Note d'information du Secrétariat*. Conseil du commerce des services de l'Organisation mondiale du commerce.

———. 1998b. *Comprendre l'Accord de l'OMC sur les mesures sanitaires et phytosanitaires*. Organisation mondiale du commerce.

Ostry, Aleck. 2001. « The New International Trade Regime: Problems for Publicly Funded Healthcare in Canada? ». *Revue canadienne de santé publique*. 31(3) : 475-480.

Ouellet, Richard. 2002. *Les effets des accords commerciaux internationaux sur les mesures canadiennes relatives à la santé : options pour le Canada en vue des prochaines négociations commerciales*. Étude n° 32. Saskatoon : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Parent, Karen, Malcolm Anderson, William Gleberzon et Judy Cutler. 2001. *CARP's Report Card on Home Care in Canada, 2001: Home Care by Default Not by Design*. Toronto : CARP.

Pettigrew, Pierre. 2000. « Déclation au Comité permanent des affaires étrangères et du commerce international ». *Hansard*. 14 juin : 1540.

Pierson, Ruth Roach et Marjorie Griffin Cohen. 1995. *Canadian Women's Issues: Volume II: Bold Visions, Twenty-five Years of Women's Activism in English Canada*. Toronto : James Lorimer and Company.

PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement). 2003. *Making Global Trade Work for People*. New York et Royaume-Uni : Earthscan Publications.

Pollak, Nancy. 2000. « Cutting Home Support: From 'Closer to Home' to 'All Alone' ». *Without Foundation: How Medicare Is Undermined by Gaps and Privatization in Community and Continuing Care*. Vancouver : Centre canadien de politiques alternatives (bureau de la Colombie-Britannique), gouvernement de la Colombie-Britannique, B.C. Government and Service Employees' Union, B.C. Nurses Union et B.C. Hospital Employees Union.

Porter, Ann. 1987. *Conséquences du libre-échange pour les femmes dans le secteur manufacturier*. Ottawa : Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme.

Price Waterhouse Coopers. 1998. *Sondage santé Canada*. Toronto.

Ranson K., R. Beaglehole, C. Correa, Z. Mirza, K. Buse et N. Drager. 2002. « The Public Health Implications of Multilateral Trade Agreements ». *Health Policy in a Globalising World*. Publié sous la direction de K. Lee, K. Buse et S. Fustukian. Cambridge : Cambridge University Press.

Relman, Arnold. 2002. Témoignage devant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. 21 février.

Richer, P. 1999. *Home Healthcare in Canada*. International Market Insight Series. Préparé pour le U.S and Foreign Commercial Service et le Département d'État des États-Unis. Département d'État. 5 novembre.

Romanow, Roy. 2002. *Guidé par nos valeurs – L'avenir des soins de santé au Canada*. Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Royaume-Uni, Department of Trade and Industry. 2002. *Liberalizing Trade in Services: A New Consultation on the World Trade Organization GATS Negotiations*. Londres : Department of Trade and Industry.

———. 2003a. *Liberalizing Trade in Services - Summary of Requests Made to EC/UK - Sector Requests*. Londres : Department of Trade and Industry.

———. 2003b. *Liberalizing Trade in Services: A New Consultation on the WTO GATS Negotiations*.

Sanger, Matthew. 2001. *Reckless Abandon: Canada, the GATS and the Future of Health Care*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.

Sen, Amartya. 1999. *Development as Freedom*. Oxford : Oxford University Press.

Sexton, Sarah. 2001. « Trading Health Care Away? ». *The Cornerhouse Briefing 23* <http://cornerhouse.icaap.org/briefings/23.html>. Extrait le 18 mai 2002.

Shapiro, E. 1997. *The Cost of Privatization: A Case Study of Home Care in Manitoba*. Centre canadien de politiques alternatives.

Sikes, Lucinda. 1998. *On the Triennial Review by the World Trade Organization on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures (the "SPS Agreement")*. Public Citizen, Global Trade Watch.

Simon, Robin W. 1995. « Gender, Multiple Roles, Role Meaning, and Mental Health ». *Journal of Health and Social Behavior*. 36(2) : 182-194.

Sinclair, Scott. 2000. *GATS: How the World Trade Organization Threatens Democracy*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.

Sinclair, Scott et Jim Grieshaber-Otto. 2002. *Facing the Facts: A Guide to the GATS Debate*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.

Spieldoch, Alexandra. 2001. *GATS and Healthcare - Why Do Women Care?* Secrétariat de l'International Gender and Trade Network.

Standing, Hilary. 1999. *Framework for Understanding Gender Inequalities and Health Sector Reform: An Analysis and Review of Policy Issues*. Document préparé dans le cadre du Global Health Equity Initiative Project, Gender and Health Equity. Boston : Harvard Center for Population and Development Studies.

Strope, Leigh. 2003. « Nursing Homes First to Get Voluntary OSHA Safety Guidelines ». *The Associated Press*. 13 mars.

Sullivan, Kevin. 2003. « Abandoned U.S.-Owned Smelter Blamed for Birth Defects and Health Ailments ». *Guardian Weekly*.

Sutherland, Ross, avec Stan Marshall. 2001. « Le coût de la sous-traitance des soins à domicile : un regard dans les coulisses des soins à domicile en Ontario ». Recherche du SCFP. 20 février. <http://www.scfp.ca/www/HealthCarePrivatization/4320/>. Extrait le 1er décembre 2003.

Système d'information des Sommets des Amériques, 2002. *Plan d'action*.

Thomas, E., J. Orav et T. Brennan. 2000. « Hospital Ownership and Preventable Adverse Events ». *Journal of General Internal Medicine*. Avril.

Timmer, C.P., W. Falcon et S. Pearson. 1983. *Food Policy Analysis*. Baltimore : Johns Hopkins University Press.

Townson, Monica. 2000. *A Report Card on Women and Poverty*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.

UNIFEM (Fonds de développement des Nations Unies pour la femme). N.d. « UNIFEM: About Us ». New York : Nations Unies. <http://www.unifem.undp.org/about_us/ >. Extrait le 19 février 2003.

Vogel, Donna, Michael Rachlis et Nancy Pollak. 2000. *Without Foundation: How Medicare Is Undermined by Gaps and Privatization in Community and Continuing Care*. Vancouver : Centre canadien de politiques alternatives (bureau de la Colombie-Britannique), gouvernement de la Colombie-Britannique, B.C. Government and Service Employees' Union, B.C. Nurses Union et B.C. Hospital Employees Union.

Vogel, Laurent. 2000. « The WTO Asbestos Dispute: Workplace Health Dictated by Trade Rules? ». Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail.

Walt, G. et L. Gibson. 1994. « Reforming the Health Sector in Developing Countries: The Central Role of Policy Analysis ». *Health Policy and Planning*. 9(45) : 353-370.

White, Georgina. 2002. Conseillère en matière de politiques, OACCAC, communications personnelles.

White, Marceline. 2001. « GATS and Women ». *Foreign Policy in Focus*. 6(2) : 1.

———. 2002a. « Analysis of USTR Proposals for the FTAA from a Gender Perspective ». Women's Edge. <http://www.womensedge.org/trade/usproposalsftaa2002.html>. Extrait le 12 juillet 2002.

———. 2002b. « Making Trade Work for Women: Opportunities and Obstacles ». Women's Edge. <http://www.womemsedge.org/trade/tradeprimer.htm>. Consulté le 8 juillet 2002.

Williams, A.P., J. Barnsely, S. Leggat, R. Deber et P. Baranek. 1999. « Long-Term Care Goes to Market: Managed Competition and Ontario's Reform of Community-Based Services ». *Revue canadienne du vieillissement*. 18(2) : 126-153.

Williams, M. 2002. « Globalization of the World Economy: Challenges and Responses » (révisé). *Public Hearing on the Issues of Globalization and Gender*. Berlin : Enquete-Commission of the German Parliament.

Williams, Mariama et Maria Riley. 2001. « TRADE. Women's Consultation Briefing Paper. Financing for Development Issue #3 ». <http://www.wedo.org/ffd/Trade.doc>. Extrait le 31 août 2002.

Wiseman, John. 1996. « National Social Policy in an Age of Global Power: Lessons for Canada and Australia ». *Remaking Canadian Social Policy: Social Security in the Late 1990s*. Publié sous la direction de Jane Pulkingham et Gordon Ternowetsky. Halifax : Fernwood.

Women's Edge. 2002. « Executive Summary ». *Framework for Gender Assessments of Trade and Investment Agreements*.

Woodward, David, Nick Drager, Robert Beaglehole et Debra J. Lipson. 2001. *Globalisation and Health: A Framework for Analysis and Action*. Document n° WG 4 - 10. Série d'études de la Commission macroéconomie et santé. <http://www.cmhealth.org/docs/wg4_paper10.pdf>. Extrait le 23 mai 2002.

NOTES

[1] Au cours des négociations du Cycle d'Uruguay et par suite de l'établissement de l'Organisation mondiale du commerce, en 1995, l'orientation du commerce est passée des biens aux services.

[2] Voir, par exemple, la Commission Clair (2001), au Québec, la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario (2000), la Commission Fyke (2001), en Saskatchewan, la Commission Mazankowski (2001), en Alberta, le rapport Kirby (2001a) et la Commission Romanow (2002).

[3] On trouvera un résumé de cette analyse au *Tableau des accords commerciaux*, à l'annexe C.

[4] On trouvera un résumé de cette analyse à l'annexe D.

[5] Selon la Loi, les soins à domicile sont un « service complémentaire de santé » et ne sont donc pas un service de santé assuré au sens de la Loi.

[6] On estime qu'environ 20 % des soins sont prodigués par les amies, les amis, les voisines et les voisins (Keating et coll., 1999).

[7] On trouvera à l'annexe E une description des organisations internationales et commerciales.

[8] Selon le ministre du Commerce, Pierre Pettigrew, les services de santé ne sont tout simplement pas sur la table des négociations commerciales. En 2000, par exemple, M. Pettigrew a déclaré à un comité parlementaire que « nos régimes publics de santé et d'éducation ne se trouveront en aucun cas sur la table de quelque négociation commerciale que ce soit. Notre gouvernement entend préserver le droit et la capacité du Canada d'établir et de maintenir ses propres principes dans ces deux domaines » (Pettigrew, 2000). Les gens du MAECI que nous avons interviewés ont réitéré le point de vue de M. Pettigrew en janvier 2003.

[9] Cette protection a été minée par l'Accord sur le commerce intérieur (ACI), signé par l'ensemble des provinces et des territoires en 1994, et surtout par l'annexe sur le secteur MESS, qui porte sur la non-discrimination dans le domaine des marchés publics. Le secteur MESS est celui des municipalités, des organismes municipaux, des conseils et commissions scolaires, des établissements d'enseignement supérieur, des organismes de santé et de services sociaux financés par l'État. Bien que les conséquences de l'ACI sur le secteur de la santé soient l'objet de débats, Appleton (1996) soutient que l'annexe sur le secteur MESS modifie des mesures qui étaient exemptées de l'ALENA.

[10] Dans ce cas, la France a contesté le refus du Canada d'interdire l'utilisation de tous les types d'amiante. Le Canada a soutenu que l'« utilisation contrôlée » de l'amiante ne mettrait pas en danger la santé des travailleuses et travailleurs. L'OMC a donné raison à la France (Castleman, 1999).

[11] On trouvera à l'annexe F une description de ces modes et une analyse de leurs conséquences pour les femmes.

[12] Les pays conservent le pouvoir d'assujettir ces engagements à des limites sectorielles ou horizontales. Ils peuvent également, après trois ans, modifier ou retirer un engagement, à condition d'offrir des engagements compensatoires équivalents.

[13] Il est intéressant de noter que le MAECI a indiqué que les « services professionnels » sont un domaine d'expansion prioritaire du commerce des services (entrevue avec une source clé, janvier 2003).

[14] Voir, par exemple, les travaux de Barndt sur l'industrie mexicaine de l'alimentation (1999) et de Munro (2002) sur les *maquiladoras*, les zones franches industrielles mexicaines (2002).

[15] L'information contenue dans la présente section provient de l'ACSSD (1998).

[16] Ces services entrent dans la catégorie des services fournis par les sages-femmes, le personnel infirmier, les physiothérapeutes et le personnel paramédical, et le Canada a pris des engagements à l'endroit de cette catégorie de services de santé.

[17] L'Association a obtenu cette information de l'Union européenne, qui a fourni une liste de services ayant fait l'objet de demandes pendant le dernier cycle de négociations de l'AGCS. Voir Royaume-Uni (2002, 2003a).

[18] Ce paragraphe fait en sorte que toutes les sociétés privées ont des recours juridiques appropriés en cas de litige. Il précise : « Chacune des Parties accordera aux investissements effectués par les investisseurs d'une autre Partie un traitement conforme au droit international, notamment un traitement juste et équitable ainsi qu'une protection et une sécurité intégrales ».

[19] Cette information provient d'une liste, fournie par Jennifer Erickson (BC Ministry of Long Term Health, 2003), d'entreprises de la Colombie-Britannique ayant reçu un numéro de fournisseur leur permettant de facturer la prestation de services de soins à domicile.

[20] L'AGCS exclut les marchés publics de services (article XIII), mais des négociations sont en cours pour les y assujettir. En outre, la signification de « marchés publics » n'est pas claire.

[21] Cette situation a été de courte durée, car le gouvernement a modifié la *Loi sur les établissements de santé autonomes* en 1996, supprimant officiellement toute préférence pour des groupes canadiens sans but lucratif pour les accords de financement et l'octroi de licence (Fuller, 2001).

[22] <(http://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/eol/f/wto06/wto6_11.htm)>.

Projets financés en vertu du Fonds de recherche en matière de politiques de Condition féminine Canada Appel de propositions Les accords commerciaux et les femmes *

Sauvegarder les mesures proactives d'équité en emploi au Canada à l'heure des Accords de commerce
Lucie Lamarche

Accords commerciaux, soins à domicile et santé des femmes
Olena Hankivsky et Marina Morrow avec Pat Armstrong, Lindsey Galvin et Holly Grinvalds

Intégration des différences entre les sexes dans la politique commerciale du Canada : étude de cas sur la mobilité de la main-d'œuvre dans les accords commerciaux
Chantal Blouin, Heather Gibb, Maire McAdams et Ann Weston
The North-South Institute

Les accords commerciaux, les services de santé et la santé des femmes
Teresa Cyrus et Lori Curtis

Accès au commerce extérieur pour les femmes handicapées
Deborah Stienstra, Colleen Watters, Hugh Grant, Hui-Mei Huang et Lindsey Troschuk

La prise en compte des particularités propres à chacun des sexes au sein de l'Organisation mondiale du commerce : un modèle canadien de promotion et d'analyse
Dana Peebles

Du commerce des forrures au libre-échange : La foresterie et les femmes des Premières nations au Canada
Connie Deiter et Darlene Rude

* Certains de ces documents sont encore en voie d'élaboration, leurs titres ne sont donc pas nécessairement définitifs

Vos commentaires nous sont précieux

Vos commentaires et suggestions peuvent nous aider à conserver l'utilité de nos publications. Si vous avez un moment, auriez-vous l'amabilité de compléter le questionnaire suivant et de nous le retourner. Merci.

Titre du rapport_____

1. Le rapport vous était-il utile? 1 2 3 4 5
   Pas très utile *extrêmement utile*

a) Quelle partie du rapport avez-vous trouvé la plus utile?

_____

_____

b) Comment aurait-on pu le rendre plus utile?

_____

_____

_____

2. Comment avez-vous utilisé le rapport? Comme outil dans :

☐ l'élaboration de politique ☐ la recherche en matière de politique ☐ le plaidoyer

☐ autre :_____

3. Êtes-vous affilié(e) avec:

☐ un organisme de femmes ☐ le gouvernement fédéral

☐ un autre organisme non-gouvernemental ☐ un gouvernement provincial/territorial

☐ un gouvernement provincial/territorial ☐ un gouvernement municipal

☐ autre:_____

Prière de retourner ce questionnaire par la poste ou par télécopieur à l'adresse suivante:

Condition féminine Canada
Direction de la recherche
Édifice McDonald
123,rue Slater, 10ième étage
Ottawa (Ontario)
K1P lH9

Télécopieur : (613) 995-4800